BIBLIOTHÈQUE INTERNATIONALE
DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
NORMALE ET PATHOLOGIQUE
Directeur : Dr TOULOUSE

A. PITRES ET E. RÉGIS

LES OBSESSIONS
ET
LES IMPULSIONS



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1902

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, 8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS (6e)

BIBLIOTHÈQUE INTERNATIONALE
DE
PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
NORMALE ET PATHOLOGIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DU

Dr TOULOUSE

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE VILLEJUIF
DIRECTEUR DU LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE A L'ÉCOLE DES HAUTES-ÉTUDES, PARIS

Secrétaire : N. VASCHIDE

CHEF DES TRAVAUX DU LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE A L'ÉCOLE DES HAUTES-ÉTUDES

Le but de cette Bibliothèque est de résumer nos connaissances actuelles en *Psychologie normale* (fonctions intellectuelles), *comparée* (psychologie sociale et animale), *anormale* (génie) et *morbide* (hypnotisme, folie, crime) Plusieurs volumes sont consacrés à l'étude des rapports de la psychologie avec l'anatomie, la zoologie, l'anthropologie, la pédagogie, la sociologie et la psychiatrie.

Le *premier caractère* de cette bibliothèque est d'être internationale et par conséquent éclectique.

Le *second caractère* est que les études publiées seront basées sur l'expérimentation qui a transformé dans ces derniers temps la psychologie et l'a rendue comparable à la physiologie, dont elle n'est d'ailleurs qu'une section Aussi s'est-on adressé de préférence aux savants qui ont fait des recherches personnelles dans ce sens. Pour bien marquer cette tendance expérimentale, le premier volume de la collection exposera les méthodes et les techniques de l'**Examen des sujets** (anatomique, physiologique et psychologique) Chaque autre livre, qui constituera une mise au point de nos connaissances sur un sujet déterminé, sera une critique des observations et des expérimentations ; et un chapitre sera consacré aux méthodes employées dans la recherche des faits. Ces études, qui s'adressent par les théories générales à tous les savants non spécialisés dans ces études, sont destinées à servir de guides aux physiologistes, psychologues, médecins, ainsi qu'aux professeurs et aux élèves de philosophie désireux de s'assimiler les méthodes scientifiques et aux pédago-

gues ayant l'intention de faire des observations psychologiques dans les écoles.

Le *troisième caractère* de la Bibliothèque est qu'elle est limitée à 50 volumes, dont chacun est un chapitre de Psychologie et dont l'ensemble formera un vaste Traité de cette science de près de 20 000 pages. Le lecteur sera de la sorte assuré de posséder une encyclopédie complète, qui sera un résumé de la psychologie expérimentale au commencement du xx[e] siècle. Cette collection sera tenue au courant des progrès de la science par des éditions successives portant, au fur et à mesure des besoins, sur chacun des volumes.

Chaque auteur a été laissé maître d'exprimer ses idées sur la partie de la psychologie qu'il a été chargé de traiter et qui avait été au préalable déterminée dans ses limites et dans ses relations avec les parties voisines. Comme les questions se pénètrent en réalité, certaines seront traitées d'une manière différente dans plusieurs livres. Une brève coordination de tous ces éléments sera tentée dans le premier volume, l'*Examen des sujets*.

Les volumes sont publiés dans le format in-18 jésus; ils forment chacun de 300 à 400 pages avec ou sans figures dans le texte. Le prix marqué broché de chacun d'eux, quel que soit le nombre de pages, est fixé à 4 francs, *envoi franco*.

Chaque volume se vend séparément.

La Bibliothèque sera complète en trois années environ.

VOLUMES DÉJA PUBLIÉS (JUIN 1902)

P. Bonnier. **L'Audition.** Un volume de 300 pages avec 50 fig.
G.-L. Duprat. **La Morale.** Un volume de 400 pages.
G. Sergi. **Les Émotions.** Un volume de 460 pages avec fig.
J.-J. Van Biervliet. **La Mémoire.** Un volume de 360 pages.
Éd. Cuyer. **La Mimique.** Un volume de 366 pages avec 75 fig.
P. Malapert. **Le Caractère.** Un volume de 300 pages.
A. Pitres et Régis. **Les Obsessions et les impulsions.** Un volume de 450 pages.

TABLE DES VOLUMES ET LISTE DES COLLABORATEURS

1. **L'Examen des sujets.** Dr Toulouse, Médecin en chef de l'asile de Villejuif, Directenr dn Laboratoire de Psychologie expérimentale à l'École des Hautes Etudes, Paris, et N. Vaschide, chef des travanx du Laboratoire, Paris.
2. **La Cellule nerveuse.** Dr G. Marinesco, Professenr de clinique des maladies nervenses à l'Université de Bncarest.
3. **Le Cerveau.** Dr Bechterew, Professeur de psychiatrie à l'Université de Saint-Pétersbourg.
4. **La Moelle.** Dr Betchterew, Professenr de psychiatrie à l'Université de Saint-Pétersbourg.
5. **Physiologie psychologique.** Dr L. Hallion, Chef des travanx au Collège de France, et Ch. Comte, Préparateur au Collège de France, Paris.
6. **Les Sensations internes.** Dr Brissaud, Professeur à la Facnlté de médecine de l'Université de Paris.
7. **La Sensation et la Perception.** Courtier, Chef des travanx à l'Ecole des Hantes Etudes, Paris.
8. **Le Tact.** X***.
9. **L'Odorat.** N. Vaschide, Chef des travaux du Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes, Paris.
10. **Le Goût.** Dr Marchand, Médecin des asiles, Paris.
11. **La Vision.** Dr Nnel, Professeur d'ophtalmologie à l'Université de Liège.
12. **L'Audition.** Dr Pierre Bonnier, Paris.
13. **L'Instinct sexuel.** Dr Bajenoff, Moscon.
14. **Le Mouvement.** R. S. Woodworth, « Instructor » à l'Université et à l'École de Médecine de Bellevue, New-York-City.
15. **Le Travail et la Fatigue intellectuels.** Dr Ruggero Oddi, Professeur à l'Université de Gênes.
16. **Le Sommeil et les Rêves.** Piéron, Préparateur au Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'École des Hautes Études, Paris.
17. **L'Inconscient.** Ducasse, Professeur agrégé de philosophie an lycée d'Evrenx.
18. **L'Attention.** X***.
19. **La Mémoire.** J.-J. Van Biervliet, Professeur de psychologie à l Université de Gand.
20. **La Personnalité.** Dr Pitres, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux et Dr Régis, chargé du cours de pathologie mentale à la même Université.
21. **L'Association des Idées.** Dr Ed. Claparède, Privat-docent de psychologie à l'Université de Genève.
22. **Le Jugement et la Connaissance.** J. Mark Baldwin, Professeur de psychologie à l'Université de Princeton (N. J.).
23. **L'Imagination.** Dugas, Docteur ès lettres, Professeur agrégé de philosophie an lycée de Caen.
24. **Les Emotions.** Dr Sergi, Professenr d'anthropologie et de psychologie expérimentael à l'Université de Rome

25. **Le Caractère.** MALAPERT, Docteur ès lettres, Professeur agrégé de philosophie au lycée Louis-le-Grand, Paris.
26. **La Volonté.** PAULHAN, Paris.
27. **La Mimique.** CUYER, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, Paris.
28. **Le Langage.** Dr Maurice DE FLEURY, ancien Interne des hôpitaux, Paris.
29. **L'Ecriture.** Dr G. OBICI, Privat-docent de psychiatrie à l'Université de Padone.
30. **Psychologie animale.** Edmond PERRIER. Directeur du Muséum, membre de l'Académie des Sciences, Paris.
31. **L'Hérédité mentale.** Dr ANTHEAUME, ancien Chef de clinique de Pathologie mentale à l'Université de Paris.
32. **Le Développement intellectuel de l'enfant.** BLUM, Professeur de philosophie au lycée de Montpellier.
33. **Anthropologie psychologique.** Dr MORSELLI, Professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Génes.
34. **Psychologie sociale.** HAMON, Professeur à l'Université libre de Bruxelles.
35. **Pédagogie expérimentale.** BUISSON, Professeur de la science de l'éducation à l'Université de Paris (Sorbonne).
36. **Logique.** Dr RUGGERO ODDI, Professeur à l'Université de Gênes.
37. **Esthétique.** BASCH, Professeur à la Faculté des Lettres de l'Université de Rennes.
38. **Morale.** DUPRAT, Docteur ès lettres, Professeur de philosophie au lycée de Rochefort-sur-Mer.
39. **Métaphysique.** STOUT, Directeur de « *The Mind* ».
40. **Le Génie.** Dr TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif. Directeur du Laboratoire de Psychologie expérimentale à l'Ecole des Hautes Etudes, Paris.
41. **La Contagion mentale.** Dr A. VIGOUROUX, Médecin en chef de l'asile de Vaucluse, Paris.
42. **L'Hypnotisme et la Suggestion.** Dr GRASSET, Professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier.
43. **Les Illusions et les Hallucinations.** Dr A. TAMBURINI, Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Modène.
44. **La Folie. Classification et Causes.** Dr TOULOUSE, Médecin en chef de l'asile de Villejuif. Directeur du Laboratoire de Psychologie expérimentale à l'Ecole des Hautes Etudes, Paris.
45. **Les Délires.** Dr FERRARI, Médecin de l'asile de San-Maurizio.
46. **Les Démences.** Dr A. MARIE, Médecin en chef de l'asile de Villejuif, Paris.
47. **Les Débilités mentales (Idiotie et Dégénérescence mentale).** Dr LEGRAIN, Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. Paris.
48. **Les Obsessions et les Impulsions.** Dr PITRES, Professeur de clinique médicale à l'Université de Bordeaux, et Dr RÉGIS, Chargé du cours de Pathologie mentale à la même Université.
49. **Le Crime.** Dr COLIN, Médecin en chef de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon.
50. **Bibliographie psychologique.** N. VASCHIDE, Chef des travaux du Laboratoire de Psychologie expérimentale à l'Ecole des Hautes Etudes.

BIBLIOTHÈQUE INTERNATIONALE

DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

NORMALE ET PATHOLOGIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

Du Dr TOULOUSE

Médecin en chef de l'Asile de Villejuif,
Directeur du Laboratoire de Psychologie expérimentale
à l'École des Hautes Études.

Secrétaire : N. VASCHIDE

LES OBSESSIONS

ET

LES IMPULSIONS

LES OBSESSIONS

ET

LES IMPULSIONS

Par les Drs

A. PITRES | E. RÉGIS
Professeur de Clinique médicale | Chargé du Cours de Psychiatrie
à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, place de l'Odéon, 8

1902

LES OBSESSIONS ET LES IMPULSIONS

PREMIÈRE PARTIE

LES OBSESSIONS

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique. — Conception psycho-pathologique de l'obsession. — Caractères généraux des états obsédants. — Définition et classement.

Aperçu historique. — Les phénomènes morbides désignés sous les noms d'*obsessions*, d'*idées fixes*, de *peurs maladives*, de *phobies*, d'*impulsions conscientes*, ont été pendant fort longtemps considérés comme des symptômes vésaniques appartenant à cette forme mal définie de psychopathie qu'on a tour à tour appelée : *manie sans délire* (Falret), *monomanie* (Esquirol, Marc, Georget), *pseudo-monomanie* (Delasiauve), *folie lucide* (Trélat), *folie avec conscience* (J. Falret, Baillarger, Ritti), *paranoia rudimentaire* (Arndt, Morselli), *monomanie abortive* (Spitzka).

Morel[1], le premier, en 1866, détacha la majeure

1. Morel, *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral.* Arch. gén. de méd., 1866.

partie de ces troubles psychiques des états de folie où ils restaient à peu près ignorés, et, dans une magistrale étude, les décrivit à part sous le nom de *délire émotif*, qu'il considéra, non comme une psychose, mais comme une névrose, comme une maladie spéciale de l'émotivité.

Quatre ans après, en 1870[1], KRAFFT-EBING, de Vienne, étudie à son tour l'influence qu'exercent sur les volitions certains troubles de la représentation qu'il désigne sous le nom, devenu classique en Allemagne, de *Zwangsvorstellungen*. Il est revenu depuis à diverses reprises sur le même sujet, notamment en 1878, dans un important travail[2].

WESTPHAL, enfin, en 1877[3], analyse très finement les mêmes phénomènes, qu'il décrit à nouveau sous la dénomination de *Zwangsworstellungen* ou *idées obsédantes*. Ils consistent pour lui en idées parasites qui, l'intelligence restant intacte et sans qu'il existe un état émotif ou passionnel, se dressent devant la conscience, s'y imposent contre la volonté, ne se laissent pas chasser, traversent et empêchent le jeu normal des idées et sont toujours reconnues par le malade comme anormales, étrangères à son moi.

Une différence fondamentale, indépendamment de

1. KRAFFT-EBING, *Ueber gewisse formale Störungen des Vorstellens und ihren Einfluss auf die Selbstbestimmungsfähigkeit.* Vierteljahresschrift f. gerichtl. u. öffentl. Medicin, 1870, Januar.

2. *Ueber Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen.* Zeitschrift für Psychiatrie, Band 35.

3. WESTPHAL, *Ueber Zwangsvorstellungen.* Berliner klinische Wochenschrift, 1877.

bien d'autres, sépare ici la conception de WESTPHAL de celle de MOREL. MOREL, ainsi que nous l'avons vu, fait de l'obsession un trouble essentiellement émotif, tellement émotif qu'il en localise le point de départ non dans le cerveau, mais dans le système nerveux ganglionnaire viscéral, source supposée des émotions. Pour WESTPHAL, au contraire, l'obsession est un trouble avant tout intellectuel, dont l'élément idéatif est le symptôme principal. Quant à l'élément émotif, ou il est absent, ou, s'il existe, il est secondaire et provoqué par l'idée obsédante, dont il représente une simple réaction.

Ces deux conceptions différentes semblent avoir inspiré les travaux, de plus en plus nombreux, qui ont suivi sur la matière.

Tout d'abord, c'est l'opinion de WESTPHAL qui prévaut, et les obsessions sont généralement considérées comme des troubles proprement intellectuels. Ce sont, pour les uns, des *idées fixes* (idee fisse, de BUCCOLA)[1], des *idées incoercibles* (idee incoercibili, de TAMBURINI)[2], des *idées impératives* (imperative ideas, de HACK-TUKE)[3]; pour les autres, des *délires avortés* (abortive Verrücktheit, de MEYNERT)[4], de la *paranoia rudimentaire* (paranoia rudimentaria, de MORSELLI)[5] : c'est-à-dire, en somme, des troubles psychiques ayant pour base une idée fixe et divisés

1. BUCCOLA. *Le idee fisse*. Riv. sper. di Fren., 1880.
2. TAMBURINI, *Sulla pazzia del dubbio*. Ibid.
3. HACK-TUKE. *Imperative Ideas*. Brain, 1894.
4. MEYNERT, in Psychol. Centralbl., 1877.
5. MORSELLI, *Manuale di semejotica delle malattie mentali*, vol. I, 1885.

en intellectuels et impulsifs, suivant que cette idée reste à l'état purement statique ou prend un caractère moteur (paranoia rudimentaria ideativa et paranoia rudimentaria impulsiva, de MORSELLI). Quant à l'émotivité, c'est un élément plus ou moins fréquent et important, suivant les auteurs, mais toujours secondaire, et auquel quelques-uns seulement accordent le droit à constituer une troisième variété d'idée fixe ou obsession, la variété émotive (TAMBURINI, LUYS, FALRET, etc.).

Cette manière de voir est peut-être encore aujourd'hui la plus répandue.

En Allemagne, par exemple, KRAFFT-EBING[1] regarde l'émotion comme la conséquence de l'idée dominante : « La réaction de la représentation obsédante sur la vie émotive du malade, dit-il, est particulièrement importante. L'obsession provoque une angoisse réactive violente allant jusqu'aux explosions de désespoir et aux crises nerveuses. »

En France, MAGNAN[2], parlant des phénomènes émotionnels qui accompagnent les obsessions, dit : « Il ne faut pas oublier qu'ils ne sont, en somme, que l'exagération des phénomènes normaux de l'émotion, qui s'accompagne toujours de manifestations vasomotrices : rougeur et pâleur de la face, palpita-

1. KRAFFT-EBING, *Beiträge zur Erkennung und Richtungen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustande für Aertze, Richtes und Vertheidsges.* Erlangen, 1867, et *Traité clinique de Psychiatrie,* 3e édition, trad. Émile LAURENT, 1897, p. 545.

2. MAGNAN et LEGRAIN, *Les Dégénérés* (coll. Charcot-Debove, 1895, p. 174).

tions, etc. Ces phénomènes, qui ne sont, à l'état normal, qu'un état réactionnel en face de situations mentales bien déterminées, ne sont encore, au cours des syndromes morbides, que des états réactionnels dont l'intensité est précisément due à l'excès d'émotivité, à l'émotivité pathologique des sujets. Donc, si le sympathique intervient, il le fait secondairement et non primitivement. Il obéit à la situation mentale au lieu de la commander. Bien des circonstances démontrent, d'autre part, que le syndrome est avant tout un état cérébral. L'onomatomanie, la folie du doute, le délire du toucher, l'écholalie, sont, sans aucun doute, des troubles du fonctionnement de l'écorce. Enfin, rappelons que les phénomènes émotionnels ont une intensité très variable, qu'ils sont souvent réduits à peu de chose et que, dans certains cas même, ils disparaissent, en laissant le syndrome suivre son cours, pour ne réapparaître qu'au moment du paroxysme. »

En Angleterre enfin, MICKLE[1] soutient une thèse analogue. Il commence par constater que, selon les cas, il semble y avoir, dans les obsessions, prédominance du trouble de la pensée, de celui de la volonté ou de celui de la sensibilité, d'où l'habitude qu'il a prise de dire qu'elles constituent le groupe des trois D : *Doubt* (doute), *Dread* (crainte), *Deed* (acte). Mais, en réalité, c'est l'idée qui prévaut toujours : « L'idée impérative, dit-il, est le grand facteur, les troubles émotifs pouvant être considérés comme se-

1. J. MICKLE, *Mental besetments or obsessions*. Mental Science, oct. 1896.

condaires et dus au conflit entre l'idée et la volonté. » Et ailleurs : « Que la pensée impérative soit supérieure et antérieure à l'état émotif, cela se concilie avec la place nosologique que nous attribuons aux obsessions. »

A côté des auteurs qui, comme on le voit, subordonnent nettement l'émotion à l'idée dans l'obsession, il en est d'autres qui lui donnent, au contraire, la première place.

Tel BERGER[1], qui déjà en 1878 regardait l'obsession comme une névrose émotionnelle.

Tel aussi FRIEDENREICH[2], qui admet que l'émotion est, en règle générale, le fait primitif ; que, des deux phénomènes, idée obsédante et angoisse, le second est le plus important parce qu'il peut être distinct de l'autre, représentant un symptôme de l'état neurasthénique qui est à l'origine de toute obsession.

Tel encore Hans KAAN[3], qui partage cette opinion et considère même l'angoisse comme le point de départ nécessaire de l'idée obsédante.

De leur côté, SCHUELE[4] et WILLE[5] insistent sur le rôle de l'émotivité. Ce dernier montre que l'anxiété peut précéder l'idée obsédante ou en être indépendante et déclare que, pour lui, les troubles émotionnels font partie intégrante de l'affection.

1. BERGER, in Arch. f. Psych., 1878.
2. FRIEDENREICH, in Neurol. Centralbl., 1887.
3. HANS KAAN, in Jahrb. f. Psych., t. II, fasc. 3.
4. SCHUELE, *Traité clinique des maladies mentales*, 3e édition, trad. DAGONET et DUHAMEL, 1888.
5. WILLE, in Arch. f. Psych., 1880.

D'après Ch. Féré [1]: « Les idées fixes ont leur origine dans l'émotivité mobide. »

Séglas [2] estime que « l'obsession repose toujours sur un fond d'émotivité pathologique ».

Ballet [3] place les obsessions dans les anomalies de l'émotivité et de la volonté chez les dégénérés.

Pour Dallemagne [4], l'émotion est primitive. « En se répercutant vers l'écorce, elle y réveille des idées appropriées et l'idée, à peine née, retourne à la base raviver les sentiments d'où elle est sortie ». Ce mécanisme explique la façon dont l'idée peut engendrer l'émotion et ses répercussions organiques, mais il atteste aussi la dépendance de cette idée vis-à-vis du sentiment et la subordination fonctionnelle de l'écorce à l'activité du restant du système nerveux. »

Enfin Freud [5] et Hecker [6] attachent une telle importance à l'émotion dans l'obsession, qu'ils n'hésitent pas à faire de celle-ci une névrose spéciale, la *névrose d'angoisse* (Angstneurose).

Le double courant, on le voit, est bien net et les auteurs peuvent, en ce qui concerne la manière d'envisager l'obsession au point de vue psycho-pathologique, se diviser en deux catégories bien distinctes :

1. Ch. Féré, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 453.

2. Seglas, *Leçons cliniques*, 1895, p. 81.

3. Ballet, *Traité de médecine Charcot-Brissaud*, art. Dégénérescence mentale, 1894.

4. Dallemagne, *Dégénérés et Déséquilibrés*, 1895, p. 574.

5. Freud, *Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomencomplex als « Angstneurose » Abzutrennen.* Neurologisches Centralbl., 15 janv. 1895.

6. Hecker. *Sur l'importance de la maladie d'angoisse dans la neurasthénie.* Allg. Zeitschr. f. Psych., vol. LII, fasc. 6, p. 1167.

ceux qui, avec Morel, en font un trouble morbide à base émotive, et ceux qui, comme Westphal, en font un trouble morbide à base idéative.

Pour nous, nous n'hésitons pas à considérer l'émotion comme l'élément primitif et fondamental de l'obsession.

Conception psycho-pathologique de l'obsession. L'obsession est un état morbide à base émotive. — Sans entrer dans de longues considérations générales pour faire une démonstration qui ressortira suffisamment, nous l'espérons, de l'ensemble de cette étude, nous rappellerons que la psychologie contemporaine a montré que la vie affective est la première en date, avant la vie intellectuelle, et que, dans les processus de la conscience, l'émotion est antérieure à la connaissance.

« Comparer, dit Ribot[1], comme l'ont fait certains auteurs, la « sensibilité » et « l'intelligence » pour rechercher si l'une de ces deux « facultés » est supérieure à l'autre, est une question factice, déraisonnable, puisqu'il n'y a pas de commune mesure entre les deux et elle ne comporte aucune solution, sinon arbitraire. Mais on peut procéder objectivement et se demander si l'une est primaire et l'autre secondaire, si l'une vient se greffer sur l'autre et, dans ce cas, laquelle est le tronc et laquelle est la greffe. Si la vie affective apparaît la première, il est clair qu'elle ne peut être dérivée, qu'elle n'est pas un mode, une fonction de la connaissance, qu'elle existe par elle-même et est irréductible. » Et Ribot résume en faveur de la priorité de la vie affective les

1. Th. Ribot, *La Psychologie des sentiments*, 1896, p. 429.

principales preuves physiologiques, ainsi que les preuves psychologiques, admirablement indiquées déjà par SCHOPENHAUER.

« L'émotion, le sentiment, soutient aussi DALLEMAGNE[1], sont à la base de l'idée comme les centres nerveux inférieurs constituent les agents secondaires de l'activité des centres supérieurs. L'apparent effacement des émotions et du sentiment dans la genèse de l'idée n'implique donc que l'infériorité de leur degré de conscience. Cette infériorité, jointe à la difficulté de leur rappel mnémonique, sont encore des indices de leur ancienneté évolutive. Ils servent comme de transition entre les fonctions médullaires automatiques et inconscientes et les fonctions corticales conscientes et d'apparence spontanée. Toutefois, ces distinctions sont pour ainsi dire inexistantes dans le temps ; l'idée et l'émotion, séparées par tant de caractères, s'engendrent en réalité d'une manière instantanée. Leur coexistence, leur pénétration anéantit tout ce que leurs différences de localisation, d'ancienneté, de conscience et d'intensité enseignent et démontrent. »

S'il en est ainsi à l'état physiologique, il ne peut en être autrement à l'état pathologique. Considérons par exemple l'impulsion. « A la base de toute activité physique, déclare FÉRÉ[2], il y a un état émotionnel en rapport avec une excitation locale ou générale, qu'elle soit perçue ou non. Les impulsions dites irrésistibles, que l'on qualifie aussi quelquefois à tort d'automa-

1. DALLEMAGNE, Loc. cit., p. 573.
2. Ch. FÉRÉ, Loc. cit., p. 451.

tiques, sont toujours en rapport avec une émotivité morbide, en conséquence de laquelle une irritation, perçue ou non, détermine une décharge qui, suivant qu'elle est plus ou moins rapide, est inconsciente ou consciente. »

L'impulsion est aussi, pour Krafft-Ebing[1], « voisine des actes émotifs, mais elle en diffère essentiellement en ce qu'elle ne coïncide pas, par rapport au temps, avec une émotion, bien qu'elle ait souvent une base émotive ».

Quant à l'obsession, il en est de même et plus encore. La meilleure preuve que l'on puisse donner de la priorité et de la prépondérance de l'émotion dans l'obsession, c'est qu'elle en est l'élément constant et indispensable. Prenez une obsession quelle qu'elle soit, impulsive ou idéative, l'obsession-doute ou l'obsession-homicide, par exemple. Supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouvent, et vous n'avez plus d'obsession. Par contre, prenez une obsession quelconque et enlevez-en l'idée fixe ou la tendance impulsive, ne laissant que l'anxiété, l'angoisse, et vous avez encore l'obsession dans son fondement, dans son essence. Tels sont ces états d'anxiété diffuse qui ne se précisent pas ou qui ne se précisent que d'une façon momentanée, et, comme dit Ribot, au hasard des circonstances. Il peut donc y avoir obsession, entendue au sens large du mot, sans idée fixe et sans impulsion; il n'y en a pas sans émotion et, dans tout état obsédant, on retrouve, plus ou moins marqués, les phénomènes constitutifs

1. Krafft-Ebing, *Traité de Psychiatrie*, p. 106.

de l'émotivité pathologique, en particulier les phénomènes vaso-moteurs.

Autre preuve encore. Il est des obsédés, et ils sont nombreux, chez lesquels l'objet de l'obsession est multiple ou se modifie, s'il est unique. Les uns, par exemple, ont commencé par la phobie de la rage; plus tard, ils ont la phobie de la malpropreté, puis celle des pièces de monnaie, etc., etc. D'autres ont à la fois, en même temps, plusieurs obsessions. Or, ce qui varie chez eux, soit successivement, soit simultanément, c'est le phénomène intellectuel, sentiment ou idée. Ce qui ne varie pas, ce qui reste immuable et constant, c'est le phénomène émotif, c'est l'anxiété.

Il convient de faire remarquer aussi, avec M. Séglas, que, dans nombre de cas, les obsessions débutent par une phase d'angoisse pure et, avec Dallemagne, qu'elles finissent souvent de même par une phase d'angoisse analogue, après la disparition de l'idée fixe.

Notons enfin que si l'émotion n'était qu'une réaction de l'idée fixe, son intensité devrait nécessairement être en raison directe de l'intensité de cette dernière. Or, c'est le contraire qui est plutôt vrai, car on peut dire, en thèse générale, que les symptômes émotionnels s'atténuent dans l'obsession, au fur et à mesure que celle-ci tend à s'intellectualiser.

L'*obsession est donc,* comme l'avait vu Morel, et comme nous l'avons soutenu dans notre rapport au Congrès de Moscou, *un état morbide foncièrement émotif*[1].

1. Les travaux publiés depuis cette époque sur ce sujet n'ont pas modifié notre opinion. Les principaux sont les suivants :

Caractères généraux des états obsédants. — Définition des obsessions. — L'émotivité varie suivant les

— Vallon et Marie, *Contribution à l'étude de quelques obsessions.* Congrès international de Moscou, 1897.

— Julius Donath, *Zur Kenntniss des Anancasmus ; psychische Zwangszustande.* Archiv. für Psychiatrie, t. XIX, 1897.

— Löwenfeld, *Zur Lehre von der neurotischen Angstzustande.* Münchener medizinische Wochenschrift, 1897. — Du même : *Obsessions musicales.* Centralblatt f. Nervenheilkunde, 1897.

— Ferrari, *Gli stati emotivi nelli genesi dell' ossessioni e dei deliri sistematizzati. Ossessioni e allucinazioni.* Rivista sperimentale di Freniatria, t. XXIII, 1897.

— Mendel, *Ueber Zwangvorstellungen.* Neurologisches Centralblatt, 1898.

— Hartenberg et Valentin, *Le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies.* Congrès des aliénistes et neurologistes. Angers, 1898.

— Pierre Janet et Raymond, *Névroses et idées fixes,* 2 vol. in-8. Alcan, édit. Paris, 1898.

— Marie et Vigouroux, *Étude clinique sur l'obsession.* IXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Angers, 1898.

— Lœwenfeld, *Weitere Beiträge zur Lehre von des psychischen Zwangzustande.* Archiv. für Psychiatrie, t. XXX, 1898.

— Gattel, *Ueber die sexuellen Ursachen des Neurasthenie und Angstneurosen.* Berlin, 1898.

— L. Bianchi, *Sulle idee fisse.* La Clinica moderna. Pise, 1898.

— Sciamanna, *Ossessioni e idee fisse.* Rivista de Psicologia, Psichiatria e Neuropatologia, 1898.

— L. Faure, *La thérapeutique des obsessions.* Thèse de doctorat. Paris, 1898.

— Tuczek, *Sur les obsessions.* Berliner klin. Wochenschrift, 1899, nº 6.

— Carrier, *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal.* Thèse de Paris, 1899.

— Kéraval, *L'idée fixe.* Archives de Neurologie, juillet-août 1899.

individus, et il en est qui sont doués, à cet égard, d'une susceptibilité particulière: Ce sont les émotifs.

— Karl Heilbronner, *Ueber progressive Zwangvorstellungspsychosen.* Monatschrift für Psychiatrie aus Neurologie, t. V, 1899.

— Athanasio, *Des obsessions en pathologie mentale*. Archives des sciences médicales de Bucarest, t. IV, 1899.

— Massaro, *Contribuzione alle patagenesi delle ossessioni mentali.* Il Pisano, 1899.

— Bechterew, *Sur les obsessions et illusions importunes.* Revue de l'Hypnotisme, septembre 1899.

— Duguet, *Contribution à l'étude de la peur et des phobies. Étude pathogénique, étiologique et nosologique.* Thèse de Lyon, 1899-1900.

— Hartenberg, *Corrélations psycho-sexuelles.* Revue de psychologie clinique et thérapeutique, juin 1900, et *Histoire et traitement d'un cas de phobie.* Ibid., juillet 1900.

— C. Tournier, *Essai d'une classification étiologique des névroses.* Archives d'anthropologie criminelle, janvier 1900.

— Hoche, *Sur les obsessions.* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1900.

— L. Haskovec, *Contribution à la connaissance des idées obsédantes.* XIII[e] Congrès international de médecine. Paris, 1900. Section de Psychiatrie.

— Edward-B. Angell, *Les idées impératives chez les individus dont l'esprit est sain et leur traitement.* The Journal of nervous and mental discase, avril 1900.)

— B. Salemi Pace, *Ossessioni, Ide fisse e Volontà, dal punto di vista psicologico, giuridico e sociale.* Palermo, 1900.

— Bechterew, *Du vomissement obsessif.* Obozrénie psichiatrii, V, 1900, et Neurolog. Centralblatt, XIX, 1900.

— Krafft-Ebing et P. Garnier, *Rapports sur la question des perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.* XIII[e] Congrès international de médecine. Paris, 1900. Section de Psychiatrie, p. 418 et 430.

— Arnaud, *Sur la théorie de l'obsession.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Limoges, 1901.

Il n'y a encore là que des différences physiologiques, des idiosyncrasies. Mais accidentellement, sous l'influence de causes occasionnelles surtout déprimantes, de violents chocs moraux, par exemple, l'émotivité peut franchir un degré de plus et devenir pathologique.

Ch. Féré, tout en montrant qu'il est impossible de tracer la limite, dit toutefois qu'on peut considérer une émotion comme morbide : « 1° lorsque ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire ; 2° lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante ; 3° lorsque ses effets se prolongent outre mesure. » Et il se résume en disant : « L'émotivité morbide me paraît caractérisée par le fait qu'elle entraîne à des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce. »

Pour Ribot, l'émotion morbide présente un ou plusieurs des caractères suivants : « Elle est en disproportion (apparente) avec sa cause ; elle est chronique ; ses concomitants physiques ont une intensité extraordinaire. »

L'émotivité pathologique, on le voit, n'est pas facile à définir psychologiquement. Elle varie d'ailleurs d'un sujet à l'autre non seulement en quantité

— G. Sergi, *Les émotions*. O. Doin, Paris, 1901.

— Hartenberg, *La névrose d'angoisse*. Revue de médecine, juin, juillet, août 1901 et 1 vol. Alcan, Paris, 1902.

— Friedmann, *Ueber Zwangsvorstellungen und fixe Ideen*. Bericht über die XXXII Versammlung südwest-deutscher Irrenärzte zu Karlsruhe 2 und 3 november 1901. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 15 Januar 1902.

mais aussi et surtout en qualité. Un événement identique provoque tantôt une explosion de colère ou d'indignation, tantôt un sentiment de découragement ou de commisération.

Les perturbations qui s'observent dans la sphère affective chez les obsédés ne sont donc pas caractérisées seulement par leur intensité, elles le sont aussi et surtout par leur nature.

Envisagées d'un point de vue général, les obsessions se présentent avec les attributs suivants :

a. — Elles surviennent, le plus souvent, chez des sujets prédisposés, à l'occasion de circonstances qui, d'habitude, chez les sujets sains, ne déterminent pas d'émotions profondes ;

b. — Elles appartiennent toujours au groupe des émotions dépressives, notamment à celui des émotions anxieuses ou angoissantes. On pourrait dire, sans dépasser les limites de ce que nous apprend l'observation clinique, que l'anxiété est la base nécessaire de l'obsession ;

c. — Elles sont conscientes, en ce sens que les malades qui les éprouvent se rendent parfaitement compte des modifications qu'elles impriment à leur manière d'être, à leur caractère, à leur affectivité ;

d. — Elles sont involontaires et incoercibles, c'est-à-dire que le malade ne peut ni les provoquer volontairement quand elles n'existent pas, ni les chasser quand elles existent ;

e. — Elles sont accompagnées des concomitants physiologiques des fortes émotions anxieuses : pâleur ou sueurs froides du visage et des extrémités, sensation d'angoisse cardiaque, insomnie, etc. ;

f. — Elles n'altèrent pas le mécanisme général de l'intelligence ; elles laissent intacts la mémoire, le jugement, les associations d'idées. L'obsédé est souvent, en dehors de ce qui touche à son obsession, un homme fort intelligent, capable de traiter avec habileté les plus sérieuses affaires, de prendre opportunément les déterminations les plus graves. Il analyse même très souvent, avec une étonnante pénétration, le trouble intérieur qui le tourmente. Il se rend compte que son état est maladif. Bien plus ! il a la conscience précise que sa personnalité est dédoublée. Il reconnaît en lui deux *moi* : l'un anormal et déraisonnable, se préoccupant automatiquement de futilités ; l'autre sain et raisonnable, s'efforçant de lutter incessamment contre les entraînements inconsidérés du premier.

En tenant compte de l'ensemble de ces caractères, on pourrait, ce nous semble, donner de l'obsession la définition suivante :

L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, *évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser et créent ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité*[1].

Cette définition sépare nettement les obsessions des idées fixes, avec lesquelles on les confond très sou-

1. MAGNAN définit l'obsession : « Un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible. »

vent. L'idée fixe pure est une idée qui domine l'esprit du sujet, sans déterminer d'émotion angoissante : c'est une pensée froide, inerte, qui ne fait surgir aucun sentiment pénible, ne provoque aucune révolte du moi parce qu'elle est le plus souvent acceptée comme réelle et qui confine ainsi à l'idée délirante. L'obsession pure est un état d'émotivité anxieuse qui peut ne dériver d'aucune idée antécédente ou concomitante et dans lequel cette idée, lorsqu'elle existe, est reconnue fausse ou tout au moins maladive. En d'autres termes, l'idée fixe est un syndrome de la sphère intellectuelle ; l'obsession un syndrome de la sphère émotive.

Mais pour être de nature différente, ces deux phénomènes morbides ne sont pas pour cela incompatibles. Ils ne s'excluent pas. L'observation apprend, au contraire, qu'ils sont très souvent associés et que même, dans la majorité des cas, l'émotion obsédante est liée à une idée qui la précède ou la suit immédiatement, à tel point qu'en pratique il n'est pas toujours aisé de reconnaître si l'état émotif a engendré l'idée ou si c'est l'idée qui a fait naître l'état émotif. Cela vient de ce que, comme dit Herbert-Spencer, « il n'y a pas d'état de conscience, qu'il appartienne à la sensation ou à l'émotion, qui soit pur de tout élément intellectuel » ; c'est-à-dire que, dans toute émotion. il y a une part d'idée, comme il y a dans toute idée une part d'émotion. Quand nous disons que l'obsession est un syndrome de la sphère émotive, cela veut donc dire que dans le complexus psychique dont elle est constituée, l'élément fondamental est représenté par l'émotion.

Classement des états obsédants. — Si l'émotion est, comme nous le pensons, l'élément fondamental des états obsédants, c'est évidemment elle qui doit servir de base à leur classification.

Partant de ce point de vue, on peut tout d'abord diviser les états obsédants en deux grands groupes, suivant que l'anxiété se manifeste plus spécialement par une crainte ou par une idée. Les premiers sont les *états obsédants phobiques,* les seconds les *états obsédants idéatifs*.

Les états obsédants phobiques ou *phobies* proprement dites se subdivisent à leur tour en phobies diffuses ou générales (panophobies), et en phobies particulières ou spéciales (monophobies).

Les phobies générales sont celles dans lesquelles l'émotivité anxieuse demeure imprécise, vague, informe, ou ne se fixe que passagèrement et au hasard des circonstances extérieures, accidentelles et contingentes, sur un objet quelconque. Le panophobe a peur de tout et de rien. Il est anxieux sans savoir pourquoi, sans motif à lui connu, sans aucune raison définie. C'est là la névrose d'angoisse type.

Les phobies spéciales sont celles dans lesquelles l'anxiété se développe à l'occasion de certaines provocations immédiates, toujours les mêmes chez les mêmes malades, ayant débuté par un shock physique ou moral, le plus souvent d'origine sensorielle, et se répétant ainsi à la façon d'échos émotifs qui mettent chaque fois en branle la sensibilité hyperesthésiée du sujet.

Quant aux états obsédants idéatifs, c'est-à-dire à ceux dans lesquels l'état anxieux, toujours à la base,

se traduit surtout sous forme intellectuelle ou d'idée, ce sont les *obsessions* proprement dites, qu'on pourrait également subdiviser, si l'on voulait, en obsessions diffuses ou générales (polyidéiques), et en obsessions spéciales ou systématisées (monoidéiques).

Le tableau suivant permettra de saisir d'un coup d'œil ce classement sur lequel est basé notre description des états obsédants.

États obsédants.

1° ÉTATS OBSÉDANTS PHOBIQUES OU PHOBIES.

a. — Phobies diffuses (Panophobies).

b. — Phobies spéciales (Monophobies).

2° ÉTATS OBSÉDANTS IDÉATIFS OU OBSESSIONS.

a. — Obsessions diffuses, multiples (polyidéiques).

b. — Obsessions spéciales, systématiques (monoidéiques).

Cette division ne diffère pas sensiblement, comme on peut voir, de celle adoptée dans notre rapport au Congrès de Moscou, mais elle est, nous semble-t-il, plus précise et plus claire.

CHAPITRE II

LES PHOBIES DIFFUSES (PANOPHOBIES)

Emotivité diffuse. — Attente anxieuse. — Attaque anxieuse. — Observations cliniques d'obsessions à forme panophobique.

Émotivité diffuse. — La caractéristique de cette forme d'obsession c'est que les sujets qui en sont atteints vivent dans un état permanent de tension émotive qui éclate brusquement par paroxysmes, sans motif apparent, ou à l'occasion de circonstances accidentelles futiles. Une idée, une sensation quelconques suffisent, le moment venu, pour provoquer la décharge émotionnelle (*emotional discharges* de WEIR MITCHELL), laquelle peut même se produire dans le sommeil et provoquer des réveils soudains accompagnés d'angoisse cardiaque et respiratoire (réveils angoissants de Mac FARLANE).

C'est à cet état d'anxiété diffuse que RIBOT fait allusion quand il dit[1] : « En outre de toutes les phobies particulières, il existe quelques observations d'un état vague, mais permanent d'anxiété ou de terreur

1. RIBOT, loc. cit., p. 211.

qu'on a nommé panophobie ou pantophobie (Beard) ; c'est un état où l'on a peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être rivée à un objet toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à un autre. »

« La peur d'avoir peur (phobophobie), dit aussi Féré [1], est un phénomène commun dans la neurasthénie (Beard). Un malade, qui peut d'ailleurs n'avoir jamais été exposé à la peur, vit dans l'appréhension permanente de cette émotion et de ses effets physiques possibles. Il en arrive à être incapable de sortir de sa chambre sans être accompagné, obsédé qu'il est par l'hypothèse d'un accident quelconque. La phobophobie entraîne des conséquences très analogues à celles de la panophobie, dans laquelle le malade arrive à ne plus bouger parce que tout ce qui l'entoure l'effraye. »

Attente anxieuse. — Le symptôme prédominant de cet état panophobique est ce que Freud appelle très justement « l'attente anxieuse ».

« Je ne puis mieux définir, dit-il, ce que je décris sous le nom de « névrose d'angoisse », que par ce mot et par l'exemple que j'ajoute. Une dame qui souffrait de cette « attente anxieuse » s'imaginait à chaque accès de toux de son mari qu'il avait une pneumonie influenzique et voyait son spectre marcher en tête de son propre convoi funèbre. Si, rentrant chez elle, elle voyait deux personnes devant sa porte, elle ne pouvait se sortir de l'idée que l'un de ses enfants s'était précipité par la fenêtre ;

1. Féré, loc. cit.. p. 419.

si elle entendait sonner les cloches, elle croyait qu'on allait lui annoncer un deuil. Et cependant, dans tous ces cas, il n'existait aucune raison plausible à cette appréhension.

« L'attente anxieuse retentit naturellement d'une façon continuelle sur les choses les plus normales. Elle comprend tout ce que l'on appelle vulgairement « anxiété, tendance à une interprétation pessimiste de tous les faits », mais elle va au delà de ce qui est possible comme inquiétude légitime et le malade reconnaît qu'elle est pour lui comme une sorte de contrainte.

« L'attente anxieuse est le symptôme essentiel de la névrose d'angoisse, c'est lui qui en éclaircit la théorie. On peut presque dire qu'il y a dans cet état une certaine quantité d'angoisse, flottant à l'état libre, qui est toujours prête à se manifester, la forme sous laquelle elle se manifeste pouvant d'ailleurs varier, étant sous la dépendance de circonstances diverses[1]. »

Attaque anxieuse. — Quelle que soit la circonstance provocatrice de la décharge émotive, celle-ci éclate à la façon d'une véritable attaque, soudaine le plus souvent, mais précédée parfois d'une « aura » partant du centre épigastrique, de la profondeur des entrailles et s'irradiant dans tout le système cérébro-spinal » (Morel). Quant à l'attaque en elle-même, elle est essentiellement constituée par un état d'angoisse soit simple, soit associé à une sensation phobique quelconque (sensation d'abolition de la vie, d'évanouissement, de folie imminente, d'accident inévitable, etc., etc.), et accompagné des symptômes physiques habi-

1. S. Freud, *Obsessions et Phobies*. Rev. neurol., 30 janvier 1895.

tuels de l'émotivité morbide, particulièrement du côté de la respiration, de la circulation, de l'innervation vaso-motrice, de l'activité glandulaire.

Attaques rudimentaires. Équivalents de l'attaque. — Freud observe avec raison que les modes d'association de ces symptômes sont extrêmement variables et qu'il peut y avoir prédominance des uns ou des autres dans l'attaque, qui se traduit surtout alors par une crampe cardiaque, de la dyspnée, des sueurs profuses, de la boulimie, etc. Il est conduit ainsi à admettre des « attaques rudimentaires d'angoisse » et des « équivalents de l'attaque d'angoisse » analogues aux « états larvés d'angoisse de Hecker », parmi lesquels il distingue surtout :

1° Les attaques cardiaques, dont le type est la pseudo-angine de poitrine ;

2° Les attaques respiratoires, sous forme de dyspnée nerveuse ressemblant à des accès d'asthme ;

3° Les attaques de sueurs profuses, souvent nocturnes ;

4° Les attaques de secousses et de tremblements, susceptibles d'être confondus avec les tremblements hystériques ;

5° Les attaques de boulimie ;

6° Les attaques de diarrhée ou de polyurie ;

7° Les attaques vaso-motrices ;

8° Les attaques de paresthésies ;

9° Les attaques de frayeurs nocturnes et de réveil angoissant ;

10° Enfin, les attaques de vertige, variables d'intensité et de forme, mais appartenant aux vertiges locomoteurs ou de la coordination, et pouvant être remplacées par des pertes de connaissance.

L'*angoisse,* qui domine dans ces divers états, est une émotion complexe formée d'un mélange de crainte et de doute. On est angoissé quand on attend un événement qu'on appréhende, quand on redoute une catastrophe imminente qu'on ne peut pas éviter. Alors la gorge se serre, le cœur se gonfle, la respiration devient difficile et entrecoupée. Ces concomitants physiques de l'angoisse sont inséparables du trouble psychique, fait d'inquiétude et d'affolement, qu'ils accompagnent : sans eux l'angoisse n'existerait pas. L'*anxiété* a beaucoup d'analogies avec l'angoisse. Littré définit l'angoisse d'esprit : « un état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement à la région précordiale ». En réalité, les deux mots sont à peu près synonymes. Dans le langage courant, le mot angoisse correspond purement et simplement à un état émotif plus accentué que le mot anxiété, mais au fond, de même nature.

L'anxiété, dans les phobies diffuses, peut se porter sur une infinité de sujets et d'objets. C'est tantôt un doute, tantôt une interrogation, tantôt un scrupule, tantôt une crainte quelconque. Attente, doute, interrogation, scrupules, remords, etc., se combinent d'ailleurs, dans beaucoup de cas, en proportions variables, de façon à former des tableaux cliniques d'une infinie variété d'aspect.

Observations. — Les observations suivantes donneront mieux que toute description didactique une idée précise des différentes formes de l'anxiété panophobique : on remarquera en les lisant que la panophobie s'y montre tantôt comme un phénomène primitif, tantôt comme un phénomène secondaire. Dans le

premier cas elle se constitue d'emblée, dès le début des accidents, sous la forme d'anxiété diffuse, vague, flottante; dans le second elle ne survient que tardivement après que le malade a eu des séries plus ou moins longues de craintes maladives systématisées.

Mais avant de relater nos propres observations, nous rappellerons le fait cité par Morel dans son mémoire si remarquable[1] : celui de ce banquier que les incidents les plus futiles de la vie plongeaient dans un état émotionnel angoissant. Il ne pouvait assister à une représentation des Italiens sans être pris, à l'audition de certains morceaux, de pleurs et de sanglots qui l'obligeaient à quitter la salle. Dans sa collection de tableaux, il en était dont il ne pouvait faire ressortir les beautés aux amateurs qui venaient lui rendre visite sans se livrer à des crises de larmes. A la moindre indisposition de son neveu, il se roulait de désespoir sur un canapé, prenait les mains de son médecin et le suppliait de sauver ses jours qui n'étaient nullement en danger. Dans une propriété qu'il avait louée aux environs de Paris, il élevait des grenouilles et payait un garde pour veiller à la sûreté de ces batraciens. Un jour il aperçoit un de ces animaux étendu sans mouvement : l'émotion qu'il en ressentit détermina une crise de larmes, de sanglots, un véritable accès de désespoir, etc.

Observation I. — *Anxiété diffuse avec phobies obsédantes momentanées.* — M. X..., 47 ans. Père mort à 79 ans de

1. Morel, loc. cit., p. 395.

congestion cérébrale avec paralysie. Mère vivante, 66 ans, bien portante, très nerveuse, très méfiante, ayant une peur horrible des voleurs, se mettant martel en tête pour rien. Un jour que son fils lui parlant de ses obsessions lui demandait si elle y avait été sujette, elle avoua qu'elle avait eu aussi des obsessions, mais qu'elle avait guéri.

Le malade est un neurasthénique. Il a de la céphalée, la sensation de vide dans la tête, des troubles de l'estomac avec dilatation, des alternatives de diarrhée et de constipation, des douleurs dans le dos, la mémoire paresseuse, de la difficulté à se mettre au travail et à faire un effort quelconque, une impressionnabilité extrême.

Signes d'artério-sclérose. Artères dures et rigides. Temporale très accusée. Cœur arythmique. Bourdonnements et diminution de l'acuité auditive dans l'oreille gauche. Pollakiurie. Vertige.

X... a eu, à 20 ans, la phobie-obsession de la tuberculose. Cette phobie a duré 4 ou 5 ans.

Après une période assez longue d'accalmie, nouvelle phobie, celle de la rage, provoquée par une circonstance fortuite. Durée 3 ou 4 ans.

Actuellement, le malade est depuis quelques mois dans un véritable état d'anxiété diffuse, sans obsession fixe et systématique.

Il est sujet à des crises d'angoisse, essentiellement caractérisées par de l'oppression, de la constriction à la gorge, des palpitations, des bouffées de chaleur et de sueur, des empourprements subits du visage.

Lorsque ces crises surviennent, la moindre chose devient chez lui le point de départ d'une idée obsédante tout à fait passagère, remplacée par une autre, et ainsi de suite.

Si on parle d'un événement quelconque, d'un incendie, d'un vol, il s'obsède là-dessus. Si un fait se produit dans son entourage, il se met à y penser malgré lui ; si,

comme il le dit lui-même de façon très pittoresque, une émotion un peu vive a lieu autour de lui, il l'*encaisse*.

Il s'agit là, manifestement, d'un état neurasthénique avec anxiété diffuse, se systématisant pour un instant au hasard des circonstances, pour déterminer une obsession passagère et momentanée.

Observation II. — *Panophobie succédant à des attaques anxieuses*. — Mme B..., âgée de 61 ans, est une neuro-arthritique sujette depuis longtemps à des coliques hépatiques. Elle est dévote, scrupuleuse, inquiète, émotive, très portée à s'exagérer les difficultés les plus banales de l'existence. Intelligente cependant, et, somme toute, assez bien équilibrée pour avoir rempli correctement ses devoirs d'épouse, de mère de famille et de femme du monde.

Le 16 août 1898, Mme B..., alors âgée de 58 ans, apprit la mort d'un monsieur et d'une dame de ses connaissances qui succombèrent tous les deux à quelques jours d'intervalle. Elle fut très émue de ces morts ; elle y pensa beaucoup, en fut toute bouleversée. Vers la fin d'octobre, au milieu de la nuit, elle se réveilla subitement angoissée, anxieuse, « le cœur gros, le cerveau paralysé, la cervelle en coton », se disant à elle-même : « C'est fini, je vais mourir moi aussi, comme mes amis. » Cela se passait à 3 heures du matin. Depuis ce moment elle fut toute autre que précédemment, n'ayant plus de goût pour rien, ne s'intéressant plus à son intérieur, voyant tout en noir, se lamentant sur son sort, se reprochant toutes sortes de méfaits, se laissant dominer par toutes sortes de terreurs imaginaires.

Ces phénomènes, qui existent toujours à l'état faible, s'exagèrent par moments sous la forme de paroxysmes. Ceux-ci débutent le plus souvent brusquement par une sorte d'aura sensitive dont le point de départ est tantôt le cœur, tantôt les extrémités. Dans ce dernier cas la ma-

lade se sent agacée, elle ressent des impatiences dans les membres, des fourmillements dans la peau du tronc, des piqûres ou des brûlures sur la face postérieure de la tête. Dans le premier elle éprouve une palpitation angoissante du cœur et une sorte de resserrement qui s'élève vers la tête.

Quel que soit le point de départ de la crise, son aboutissant est toujours le même : arrrivée au cerveau, l'aura fait une sorte d'explosion qui donne la volée à une foule d'idées fixes, de scrupules. de phobies, d'impulsions.

La malade se reproche à elle-même d'avoir mal usé de sa fortune, de n'avoir pas fait assez de bien, de n'avoir pas assez aimé son mari et ses enfants ; elle se tourmente des actes les plus simples qu'elle a accomplis antérieurement, elle échafaude, sur ces actes, des raisonnements interminables : J'ai fait cela ; je n'aurais pas dû le faire ; j'aurais dû agir de telle ou telle autre manière ; si j'avais agi ainsi je ne serais pas malade, etc. Elle a peur de mourir, de devenir folle, d'être damnée. Elle craint de s'être indûment appropriée des objets qui ne lui appartenaient pas. Elle a des envies absurdes de griffer les personnes qui l'entourent. Elle demande pardon aux uns et aux autres du mal qu'elle a pu leur faire ; elle s'excuse d'avoir eu sur elles de mauvaises pensées. Toutes ces idées ont une grande mobilité. Elles se succèdent rapidement, l'une chassant l'autre. Chacune d'elles torture violemment la malade pendant un jour, deux jours, trois jours, elle la laisse absolument indifférente ensuite, si bien que Mme B... se moque volontiers des inquiétudes qu'elle a eues les jours précédents, tout en accordant une importance énorme à celles qui la tourmentent au moment où on lui parle. L'intelligence et la mémoire sont intactes. Mme B... analyse tout ce qu'elle éprouve avec une lucidité parfaite. Elle en fait la description avec un grand luxe de détails. Elle se grise pour ainsi dire en racontant ses

misères et parfois la crise éclate pendant qu'elle en fait le récit. Au moment où l'aura se produit son visage devient très rouge et elle accuse une forte sensation de chaleur à la tête. A ce moment aussi la malade se lève comme poussée par un ressort et se met à se promener de long en large dans sa chambre disant qu'il lui est impossible de rester en place, qu'il faut qu'elle marche, qu'elle remue ; et de fait elle marche ainsi comme un ours dans sa cage jusqu'à la fin de la crise sans en éprouver la moindre fatigue. Elle dort très mal et très peu, n'a pas de rêves, mais se réveille très souvent à 3 heures du matin avec la même sensation d'angoisse cardiaque qui a marqué le début des accidents actuels.

Soumise à une cure hydrothérapique régulière et à l'usage quotidien de quelques hypnotiques, Mme B... a guéri en trois mois. Depuis deux ans elle jouit d'une bonne santé.

Observation III. — *Obsessions panophobiques.* — M. X..., officier de marine, 26 ans, ayant joui jusqu'alors d'une très bonne santé physique et morale, rentre en France très fatigué par une longue campagne coloniale. A son arrivée il entend dire par des personnes de sa famille qu'un de ses voisins est mort subitement. Ce récit l'impressionne : il en est tout bouleversé et pendant 3 mois il est hanté par l'idée qu'il pourrait, lui aussi, mourir d'une façon inopinée. Puis il commence à avoir perpétuellement « le cœur gros », à être constamment anxieux, angoissé et à avoir peur de toutes sortes de choses.

Lit-il un fait divers relatif à un cas de rage, il a peur de devenir enragé ; apprend-t-il que quelqu'un a une fluxion de poitrine, il craint d'en être atteint lui aussi. Il passe ainsi par d'interminables séries de peurs angoissantes : peur de devenir fou, de se suicider, de commettre des crimes, de déserter, de briser les objets à sa

portée, etc., et ces peurs incessamment renouvelées, dont il comprend fort bien l'absurdité, le rendent extrêmement malheureux.

Observation IV. — *Obsessions panophobiques.* — M. X..., 24 ans, agriculteur, a toujours été d'une timidité un peu exagérée. Élevé chez des prêtres il a eu à l'époque de sa première communion des scrupules très vifs. Vers l'âge de 16 ans, il se livre avec excès à la masturbation. C'est alors qu'il commence à éprouver une sorte d'état d'émotivité permanente, d'anxiété à vide, le portant à s'inquiéter outre mesure des moindres événements de la vie. Il fit cependant son service militaire (un an) sans incidents fâcheux.

Depuis son retour du service, il est à la tête d'une exploitation agricole importante qui l'occupe beaucoup. Ses affaires marchent bien. Il serait parfaitement heureux s'il n'était tourmenté par des peurs angoissantes perpétuelles.

Il a peur de tout, peur de se ruiner, peur qu'il arrive des accidents aux gens à son service, peur des maladies, de la mort, des variations atmosphériques, de l'eau, du feu, des voleurs, etc. Ces peurs se succèdent incessamment, l'une chassant l'autre; mais ce qui persiste sans atténuation depuis deux ans, c'est la tendance à avoir peur, la facilité avec laquelle les faits les plus vulgaires déterminent un déclanchement émotif qui s'accompagne d'angoisse violente.

M. X... se rend parfaitement compte que ses craintes sont absurdes, mais quand elles surgissent il ne peut se soustraire à leur étreinte.

Observation V. — *Obsessions panophobiques.* — Mme X..., 30 ans. Mère vivante, bien portante, père alcoolique; un oncle épileptique; une sœur sujette à des obsessions. Pendant son enfance et son adolescence Mme X... a toujours été craintive, émotive, très scrupuleuse. Elle se

rappelle notamment qu'à l'époque de sa première communion elle fut tourmentée par la pensée qu'elle n'avait pas bien exposé l'état de son âme à son confesseur. Elle fit part de ses craintes à sa mère qui s'efforça de la rassurer sans y réussir complètement.

1[er] *accès*. — A 16 ans, elle eut une rougeole grave. Dans la convalescence elle eut toute une série de craintes maladives dont la principale était la peur de devenir folle. Cela dura 4 ou 5 mois ; puis elle reprit son équilibre mental.

2[e] *accès*. — Mariée à 18 ans, elle devint aussitôt enceinte. Pendant les 5 premiers mois de sa grossesse elle eut des vomissements incoercibles qui l'affaiblirent beaucoup. Sous cette influence les craintes reparurent. Elle avait peur de devenir folle, peur de mourir, peur de tout. Cet état d'anxiété panophobique persista jusqu'à l'accouchement qui eut lieu à terme, dans de bonnes conditions,

Elle perdit son mari, l'année suivante, d'une angine diphtérique, et resta sept ans en très bonne santé.

3[e] *accès*. — A 27 ans, elle eut de grands tracas de famille compliqués d'embarras financiers. Pour comble de malheur son enfant fut atteint d'une angine couenneuse, dont il guérit d'ailleurs fort bien. Mais l'émotion que lui causa cette maladie se surajoutant aux soucis qui la tracassaient depuis quelque temps, elle recommença à avoir des peurs maladives de toute espèce : peur de devenir folle, peur de commettre des actes insensés, de tuer son enfant, de battre les gens de son entourage, de se compromettre, etc. Cet accès a duré 6 mois environ.

Observation VI. — *Monophobie des chiens. Panophobie consécutive*. — M[me] X..., 30 ans. Père mort à 52 ans d'une attaque d'apoplexie. Mère vivante, bien portante, mais ayant eu vers l'âge de 30 ans une peur irraisonnée des chiens. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'autres phobies.

Mme X... a eu des craintes scrupuleuses à sa première communion. A 18 ans, un jour qu'elle caressait un chien de son père, un serviteur lui dit à brûle-pourpoint : « Malheureuse ! ne touchez pas cet animal, il a été mordu hier par un chien enragé ». Cela émut profondément la jeune fille qui à partir de ce moment eut une peur terrible des chiens. Elle exigea qu'on tuât tous ceux de la maison et fut pendant deux ou trois mois très tourmentée par la phobie des chiens.

Puis la peur maladive de ces animaux s'apaisa, mais Mme X... resta toujours depuis cette époque plus craintive, plus émotive qu'auparavant.

Mariée à 20 ans, elle donna le jour, l'année suivante, à deux jumeaux : pas d'autres grossesses.

A 30 ans (il y a de cela 2 mois) elle fut très affectée par la mort imprévue d'une de ses belles-sœurs qu'elle aimait beaucoup. Aussitôt son émotivité augmenta. La phobie des chiens reparut avec une intensité très grande. Si un chien frôle sa robe, elle la fait laver à grande eau. Un monsieur lui ayant ces jours-ci donné la main après avoir touché un chien, elle s'empressa d'aller jeter ses gants au feu. En même temps que la phobie des chiens, la malade a maintenant une foule d'autres craintes maladives. Elle a peur des voleurs, des accidents, des maladies, des malheurs, de la foule, de tout. Elle n'ose plus aller à l'église parce qu'elle est angoissée par la vue du monde. Elle redoute d'entreprendre un voyage. Elle ne monte plus dans sa chambre qu'accompagnée de son mari et avant de se coucher elle explore méticuleusement tous les recoins de son appartement, ouvre les placards, les armoires, regarde sous le lit, dans la table de nuit, dans les tiroirs des commodes afin de bien s'assurer qu'aucun voleur ne s'y trouve caché.

Le sommeil est bon, sans rêves angoissants, mais les réveils sont presque toujours anxieux.

Observation VII. — *Panophobie secondaire.* — Mme X..., 52 ans, nerveuse, impressionnable. A la suite de la mort de sa mère, il y a 12 ans, peine profonde, dépression morale, sans troubles morbides proprement dits. Trois ans après, à la suite d'une autre mort, celle d'une amie, état d'émotivité morbide diffuse, avec « attente anxieuse ». La malade était constamment en état de souffrance vague, en état latent d'angoisse, qui éclatait, sous forme de paroxysmes, à la moindre occasion. Une voiture passait-elle pendant qu'elle marchait sur le trottoir dans la rue ? Aussitôt, elle tombait en crise, craignant qu'une roue ne se détachât et ne vînt l'écraser. Au moindre vent, une tuile allait glisser d'un toit et lui fendre la tête. A table, les aliments allaient l'étouffer. D'autres fois, à peine sortie de chez elle, l'angoisse survenait, s'objectivant sur cette idée que quelqu'un des siens venait peut-être de mourir tout d'un coup et elle était forcée de revenir sur ses pas, pour se rassurer. Chaque événement, chaque incident, chaque acte de sa vie devenait ainsi matière à décharge pour son angoisse, momentanément spécialisée par le hasard.

Observation VIII. — *Panophobie. — Réveils anxieux.* — Nous parlerons plus en détail dans un autre chapitre, à propos de l'éreuthophobie, d'un jeune étudiant sujet à des crises émotives, surtout la nuit. D'habitude, il se réveille brusquement, éprouvant une pénible sensation d'angoisse avec constriction au creux de l'estomac. Et alors, mais alors seulement, comme simple objectivation de cette angoisse préexistante, une idée, une phobie plus ou moins absurde surgit tout à coup dans son esprit, suivant ce qu'il éprouve : « Qu'est-ce que j'ai ? N'aurais-je pas mangé quelque chose qui m'aurait empoisonné ? Ne suis-je pas empoisonné ? » Et l'idée anxieuse se déroule ainsi, jusqu'à ce que cesse la crise d'angoisse. Dans la journée, l'attaque, bien que plus rare, se produit de

même façon. M. X... se rappelle par exemple qu'un jour, pris d'une angoisse subite, il se réfugia dans une église voisine et que là, épouvanté de ce qu'il éprouvait, une phobie lui vint : Ah ! mon Dieu ! vais-je devenir fou ?

Nous pourrions multiplier les observations de ce genre. Celles-ci nous paraissent suffire pour donner une idée du premier degré, du rudiment de l'obsession, c'est-à-dire de l'anxiété latente, diffuse, non encore formulée ou formulée seulement momentanément, au hasard des circonstances.

On prend là sur le fait le mécanisme de l'obsession et en particulier la genèse de l'idée fixe ou phobique, qui vient se greffer comme une sorte d'objectivation plus ou moins durable sur l'état d'angoisse qui constitue le fond de la maladie.

CHAPITRE III

LES PHOBIES SPÉCIALES (MONOPHOBIES)

Origine des Phobies. — Division et classement. — Phobies des objets. — Phobies des lieux, éléments, maladies, de la mort. — Phobies des êtres vivants. — Phobies constitutionnelles et phobies accidentelles. — Observations.

La décharge émotive, tumultueuse et intempestive, qui est le symptôme le plus saillant et le plus caractéristique des états obsédants, ne se produit chez beaucoup de malades qu'à l'occasion de certaines excitations sensorielles banales qui, chez les sujets normaux, ne déterminent aucune émotion ou ne causent qu'une émotion légère. Beaucoup de personnes saines de corps et d'esprit ne voient pas sans une certaine crainte un serpent, un crapaud, une araignée ou une souris ; d'autres ont peur du tonnerre ; d'autres ne peuvent, sans être désagréablement impressionnées, passer leurs mains sur du velours. Tout cela n'a rien de bien étonnant. Que la vue d'un animal répugnant, l'audition d'un bruit éclatant et subit, le contact d'un corps duveté chatouillant la peau déterminent une émotion pénible, cela est même tout à fait naturel. Mais que la vue d'un brin de poussière, le murmure du vent, le bruit du tonnerre, la sensation d'un

prurit cutané, le contact d'un animal domestique, chien ou chat, etc., déterminent un shock, un ébranlement émotif tels qu'à dater de ce moment le renouvellement de cette sensation ou le simple souvenir de l'impression qu'elle a produite réveillent et ravivent chaque fois l'anxiété première, arrivant souvent à torturer l'esprit dans l'intervalle, il y a là, à n'en pas douter, un phénomène pathologique particulier, dérivant d'une anomalie de l'émotivité. C'est à cet état morbide qu'on donne généralement le nom de *phobie*.

Classification des phobies. — Tout ce qui est susceptible de frapper nos sens est également susceptible de devenir le point de départ d'une peur maladive, d'une phobie. Ce qui spécifie l'état morbide, ce n'est pas l'objet quelconque sur lequel se fixe la peur, c'est le fait d'avoir peur d'un objet banal qui ne devrait normalement susciter aucun sentiment de répulsion ou de crainte.

Bien qu'il nous paraisse difficile et peut-être inutile de classer les phobies, nous indiquerons brièvement les quelques tentatives de classement dont elles ont été l'objet.

Freud se borne à distinguer les *phobies traumatiques* ou par choc, relevant de l'hystérie, et les *phobies proprement dites*, comprenant : *a.* — Les *phobies communes* ou peurs exagérées des choses que tout les monde abhorre ou craint un peu (mort, maladie, serpents, etc.), et *b.* — Les *phobies d'occasion* compre-

1. Freud, *Obsessions et phobies*. Rev. neurol., 30 janvier 1895.

nant l'agoraphobie et les autres phobies de la locomotion.

Sans prétendre à autre chose qu'à fournir un simple cadre à divisions, l'un de nous a distingué dans les obsessions-craintes ou phobies : 1° les phobies des objets ; 2° les phobies des lieux, éléments et maladies ; 3° les phobies des êtres vivants[1].

M. Marrel[2], dans sa thèse, attachant à ce groupement plus d'importance qu'il n'en comporte, le repousse comme artificiel et propose de diviser les phobies non d'après leur objet, mais d'après le trouble mental qui se produit à l'occasion de cet objet, en trois groupes : 1° les phobies relatives à un trouble sensoriel de la sensibilité générale, du toucher, de l'ouïe, du sens musculaire, de la vue, du goût ou de l'odorat ; 2° les phobies relatives à un trouble de la perception ou de l'imagination ; 3° les phobies relatives à un trouble dans les idées ou les sentiments personnels, sociaux ou impersonnels.

Cette classification, il est facile de s'en rendre compte, est compliquée et purement théorique, car une peur anxieuse peut se manifester simultanément ou indifféremment par les diverses voies sensorielles, perceptives et aperceptives. C'est pourquoi et sans y voir autre chose, nous le répétons, qu'une sorte de casier clinique plus ou moins commode, nous préférons conserver jusqu'à nouvel ordre la division des phobies en : 1° *phobies des objets* ; 2° *phobies des lieux*,

1. E. Régis, *Manuel pratique de médecine mentale*. 2e édit., 1892, p. 270.

2. Marrel, *Les phobies : essai sur la psychologie pathologique dela peur*. Thèse de Paris, 1895.

éléments, des maladies, de la mort; 3° *phobies des êtres vivants*.

1° La première catégorie comprend les phobies qui portent sur les *objets*. Elles peuvent être aussi multiples et aussi variables que les objets eux-mêmes. Elles sont donc nombreuses à l'infini. Les plus communes sont celles des couteaux, des épingles, des armes, des allumettes, des poussières, de la saleté, des excréments, des poisons, du cuivre, du fer, du velours, de l'huile, des fruits, etc., etc. On a désigné plusieurs d'entre elles sous des noms spéciaux : celle des métaux a été appelée *métallophobie,* celle des épingles *bélénophobie,* celle de la saleté *rupophobie,* celle des poussières *mysophobie,* celle des poissons *toxicophobie,* celle des objets pointus *aichmophobie,* celle du sang *hématophobie*, etc., etc.

2° La seconde catégorie est composée des phobies des *lieux et des éléments, des maladies et de la mort.*

Les phobies des *lieux* ou *topophobies* comprennent : l'*agoraphobie* ou peur des grands espaces; la *claustrophobie* ou *clitrophobie,* peur des espaces étroits et fermés; l'*acrophobie,* peur des sommets; la *cremnophobie,* peur des précipices, et d'autres phobies analogues, avec ou sans état civil spécial, comme la peur de sa maison (*oïcophobie*), du théâtre, de l'église, des cimetières, des voitures (*amaxophobie*), des chemins de fer (*sidérodromophobie*) etc., etc.

Les phobies des *éléments* comprennent : la peur de l'air et du vent, *aérophobie* et *anémophobie* ; la peur de l'eau, des rivières, de la mer, *hydrophobie, potamophobie, thalassophobie* ; la peur du feu, *pyrophobie* ; la peur de la terre, *géophobie* ; à côté desquelles se

placent la peur des orages ou tempêtes, *cheimophobie,* du tonnerre, *bronthémophobie,* des éclairs, *astrapéphobie,* des montagnes, *orophobie,* des pentes, *clinophobie,* du vide, *kénophobie,* de la nuit, de l'obscurité, *nyctophobie, keronauphobie,* etc., etc.

Les phobies des *anomalies de la conformation du corps et des maladies* comprennent : *a*) les *morphophobies* (*dysmorphophobies* de MORSELLI) ou phobies des anomalies du corps, du visage (ex : phobie des poils ou *trichophobie*) ; *b*) les *physiophobies* ou phobies des fonctions, états et actes physiologiques (ex.: phobie de la rougeur émotive ou *éreuthophobie,* de la sueur ou *éphidrophobie,* de la défécation ou *apopathophobie,* de la miction ou *urinophobie,* de la station debout et de la marche *stasophobie* et *basophobie,* de la parole *logophobie,* de l'écriture *graphophobie,* de signer *hypographophobie,* de s'habiller *enduophobie*) ; *c*) les *algophobies* ou phobies des douleurs, avec toutes leurs variétés ; *d*) les *nosophobies* ou *pathophobies,* c'est-à-dire les phobies des maladies, innombrables comme ces dernières (*dermatophobies* ou phobies des maladies cutanées, dont l'*acarophobie* est le type, *syphilophobie* phobie de la syphilis, *gonoccophobie* de la blennorrhagie, *spermatorrhéophobie* de la spermatorrhée ; *épidémiophobies* ou phobies des épidémies ; *microbiophobies* ou *bacillophobies* phobies des maladies microbiennes, bacillaires, infectieuses, virulentes, dont les types sont la *lyssophobie* ou peur de la rage, la *phtisiophobie* ou peur de la tuberculose ; *hystérophobie* et *hypnophobie,* peur de l'hystérie et de la suggestion hypnotique, *psychopathophobie* ou *maniphobie* peur

de la folie; *cardiophobie* et *anginophobie,* peur des maladies du cœur et de l'angine de poitrine; *glossophobie* des maladies de la langue; *odontophobie,* des maladies des dents); e) la *tanathophobie* ou peur de la mort.

3° La troisième catégorie des phobies est constituée par les phobies des *êtres vivants*. Elle comprend: les *zoophobies* ou phobies d'animaux (*cynophobie* ou phobie des chiens, *galephobie* ou peur des chats, phobie des insectes, des araignées, des serpents, des rats, des souris, etc.); l'*anthropophobie* ou phobie de l'homme, la *gynéphobie* ou peur de la femme, l'*ochlophobie* ou phobie des foules, etc.

Nous répétons une fois encore, afin que l'on ne s'y méprenne pas, que ce n'est là qu'une nomenclature, une sorte de tableau synoptique destiné à réunir dans un ordre à peu près logique l'ensemble des peurs anxieuses ou phobies, sans aucune prétention à la classification nosologique. Il suffit en effet de réfléchir un instant pour comprendre que certaines phobies peuvent rentrer à la fois dans les trois catégories que nous avons admises, la phobie de la rage, par exemple qui, tout en étant au fond une nosophobie, ne s'en manifeste pas moins aussi, le plus souvent, par la peur des chiens (cynophobie) et par la peur des poussières et des contacts (mysophobie).

Phobies constitutionnelles et phobies accidentelles.— Comme les autres états obsédants, mais d'une façon plus nette encore, les phobies systématisées d'origine sensorielle peuvent être constitutionnelles ou accidentelles.

Phobies systématisées constitutionnelles. — Cons-

titutionnelles, elles se présentent sous la forme de répulsions angoissantes ou de peurs anxieuses originelles, chroniques, portant spécialement sur un objet déterminé (phobies du sang, du feu, des allumettes, des épingles, de l'orage, des chiens, des chats, etc., etc.).

Ces phobies, ainsi que le fait justement remarquer Gélineau, ne sont que l'exagération morbide des aversions instinctives que manifestent beaucoup de personnes pour certains objets ou animaux dont la vue ou le contact est indifférent à la plupart des hommes. « J'ai vu des gens, dit Montaigne, fuir la senteur des pommes plus que les arquebusades ; d'autres s'effrayer pour une souris, d'autres rendre gorge à voir de la crème, d'autres à voir brasser un lit de plume. » Tout le monde connaît des faits analogues. Il est à noter que ces aversions instinctives ne sont pas l'apanage exclusif des femmes nerveuses ; on les observe souvent chez des sujets d'une haute culture intellectuelle, capables d'occuper des positions élevées dans la société. Les biographies des hommes célèbres en rapportent de nombreux exemples.

« La vue d'un ânon faisait perdre connaissance au duc d'Epernon. Wladislas, roi de Pologne, se troublait et prenait la fuite quand il voyait des pommes. Erasme ne pouvait sentir le poisson et les lentilles sans en avoir la fièvre. Scaliger frémissait de tout son corps en voyant du cresson. Tycho-Brahé sentait ses jambes défaillir à la rencontre d'un lièvre ou d'un renard. Le chevalier Bacon tombait en défaillance lorsqu'il y avait éclipse de lune. Bayle avait des convulsions quand il entendait le bruit que fait l'eau en tombant d'un robinet. Lamotte le Voyer ne pou-

vait souffrir le son d'aucun instrument. FAVORITI, poète italien mort en 1682, ne pouvait souffrir l'odeur de la rose... Un médecin de beaucoup d'esprit, Pierre d'APONO, éprouvait une telle terreur à la vue du lait et du fromage qu'il tombait en défaillance[1].

D'après Ambroise PARÉ, une personne fort considérable ne voyait pas une anguille dans un repas sans tomber en défaillance. Pierre de LANCRE a connu un homme si effrayé à la vue d'un hérisson qu'il crut pendant plus de deux ans que ses entrailles étaient mangées par cet animal. Il rapporte aussi avoir vu un gentilhomme fort brave qui ne l'était cependant pas assez pour oser attendre l'épée à la main une souris.

Le philosophe CHRYSIPPE avait une si forte aversion pour les révérences qu'il tombait à la renverse quand on le saluait, et un chevalier espagnol, don JUAN ROL, tombait en syncope quand il entendait prononcer le mot *lana,* bien qu'il portât sans répugnance des habits de laine. HENRI III, le vainqueur de JARNAC et de MONTCONTOUR, le maréchal duc de SCHOMBERG, WELLINGTON, NAPOLÉON Ier, MEYERBEER ne pouvaient supporter la vue des chats.

Même lorsqu'elles n'apparaissent que comme des idiosyncrasies ou des singularités isolées, dans une organisation par d'autres côtés supérieure, ces phobies n'en ont pas moins une signification pathologique et peuvent être considérées comme de véritables déviations ou anomalies de la sphère émotive, absolument

1. GÉLINEAU, *Des peurs maladives ou phobies.* Paris, 1894, p. 18, 19, 20.

comparables aux stigmates de la déséquilibration mentale. Le plus souvent, d'ailleurs, derrière cette anomalie en apparence isolée, on constate soit d'autres phobies, soit des symptômes pathologiques d'ordre différent, qui trahissent l'état constitutionnel de névropathie dont cette peur spéciale n'est qu'une manifestation.

Les caractères principaux de la phobie systématisée constitutionnelle sont les suivants :

1° Elle s'allie à une hérédité chargée, souvent similaire, à un tempérament névropathique, hystérique ou hystéro-neurasthénique, et peut, dans le milieu de la famille ou de l'intimité, se présenter sous forme de *phobie à deux et familiale* [1] ;

2° Son début, très précoce, a lieu dans l'enfance ou à la puberté ;

3° Elle peut, mais cela n'a guère lieu que lorsqu'elle constitue un stigmate indélébile de déséquilibration émotive, demeurer unique et persister indéfiniment sous la même forme, avec des alternatives de paroxysme et d'accalmie ;

4° Le plus souvent, plusieurs phobies systématisées se succèdent dans la vie du sujet, au hasard d'événements, même sans importance, ou bien il existe une phobie primitive et permanente, prédominant au milieu d'un certain nombre d'autres phobies accessoires.

Voici deux exemples de phobie systématisée constitutionnelle unique, fixe et héréditaire :

1. E. Régis, *Les phobies à deux*. Sem. méd., 19 février 1896.

Observation IX. — *Phobie du sang*. — Un de nos malades, hystérique dégénéré ayant plusieurs *hématophobes* dans sa famille, n'a jamais pu voir de sang, ni, ce qui est plus fort, en entendre parler, sans éprouver une véritable angoisse, allant parfois jusqu'à la défaillance. Un jour qu'il traduisait en classe la mort de Sénèque, arrivé au moment où le philosophe romain s'ouvre les veines dans son bain, il s'affala tout à coup, pris d'une crise anxieuse à la seule évocation de ce tableau sanglant.

Observation X. — *Phobie de la diarrhée*. — Une autre malade, âgée de trente et un ans, hystéro-neurasthénique avec crises d'hystérie anciennes, est atteinte depuis l'enfance de *phobie de la diarrhée*. Elle n'ose s'aventurer au dehors sans s'être au préalable longuement exonérée à fond et sans passer par des rues où elle sait pouvoir trouver, de distance en distance, un refuge assuré contre les surprises de son intestin. Le père de cette malade était lui-même atteint de diarrhée émotive.

Parmi les cas de phobies systématisées constitutionnelles se succédant dans la vie du sujet, nous citerons les deux suivants :

Observation XI. — *Phobie du suicide, puis de l'épilepsie*. — X..., cinquante ans, dégénéré héréditaire à forme hystéro-neurasthénique, a été atteint, à la puberté, de *phobie du suicide* par pendaison et de tout ce qui s'y rattache, après avoir appris qu'un de ses oncles s'était pendu. Cette phobie a duré plusieurs années, jusqu'au moment où, sous l'influence de la vue d'une attaque d'épilepsie, elle a été remplacée par la *phobie de l'épilepsie*, qui a persisté, depuis, avec des paroxysmes coïncidant avec les événements émotionnants de la vie.

Observation XII. — *Phobie de la mort subite, des grands*

espaces vides, de l'amnésie verbale. — X..., tailleur, vingt-cinq ans, dégénéré neurasthénique avec tic, dont la mère, très nerveuse et très impressionnable, était elle-même atteinte de phobie (claustrophobie), a présenté successivement : 1° de onze à quatorze ans, la peur de la mort subite par arrêt du cœur (*cardiophobie*) ; 2° de quatorze à dix-neuf ans, la peur des grands espaces (*agoraphobie*) ; 3° de dix-neuf ans à aujourd'hui, la peur de ne pas trouver ses mots dans une conversation, de rester coi faute de mémoire et de paraître sot (phobie de l'amnésie verbale).

Enfin, parmi les cas où il existe une phobie originelle permanente et dominante, au milieu d'autres accessoires, nous mentionnerons les suivants :

Observation XIII. — *Monophobie des orages, suivie de polyphobies.* — Mme X..., hystéro-neurasthénique d'origine, a été de tout temps sujette, comme sa sœur, à la *phobie des orages*. A côté de cette phobie principale, elle présente, plus ou moins marquée, suivant les moments : la phobie des araignées, des lectures émouvantes, des fenêtres ouvertes, des foules, des églises, des places désertes, de l'eau, surtout de la couleur rouge et du sang. Elle s'est trouvée mal, un jour, en tricotant un fichu rouge et n'a jamais pu voir du foie de veau cru.

Observation XIV. — *Phobie de la grossesse, suivie de plusieurs autres phobies.* — Mme L..., quarante-deux ans, dégénérée héréditaire à type hystérique (somnambulisme, catalepsie, mutisme antérieurs), a un oncle original, excentrique, sujet à des manies, et une mère qui a manifesté de tout temps une horreur phobique pour tout ce qui se rapporte à la *grossesse*, à l'enfantement. Elle-même a eu dans sa vie diverses phobies, notamment celle du rouge (*érythrophobie*), au point qu'on

a dû enlever de sa chambre toutes les tentures de cette couleur. Dans ces derniers temps, elle a éprouvé, après une suppression de menstrues, une phobie de la grossesse tellement aiguë et tellement menaçante que force a été, après consultation mûrement pesée, de recourir à une intervention du côté de son utérus, à la suite de laquelle sa phobie s'est dissipée.

Phobies systématisées accidentelles. — La variété accidentelle de phobie systématisée a des caractères cliniques différents.

Tout d'abord, elle survient chez des sujets à prédisposition héréditaire beaucoup moindre, en tout cas non dégénérative. Dépourvus d'une tare forte les exposant, comme les précédents, à succomber dès le premier choc, ces sujets traversent la puberté, le mariage et les épreuves ordinaires de la vie sans accident.

Moment étiologique. Choc. — Mais à un moment donné, entre trente et cinquante ans surtout, comme l'avait déjà remarqué Morel, mis en état d'opportunité morbide par des fatigues, du surmenage, une maladie, qui ont créé ou accentué chez eux un état névropathique, hystérique ou hystéro-neurasthénique, ils subissent un choc moral violent : c'est, très souvent, la mort d'un parent ou d'un ami ; un accident grave, tel que chute de voiture, de chemin de fer, etc. ; la morsure d'un animal, le contact fortuit d'une personne atteinte d'une maladie contagieuse ; une fausse couche, une attaque, une syncope, un fort vertige ; la vue ou le récit d'un événement émouvant, d'un sinistre, d'un assassinat, d'une épidémie, etc. ; en un

mot, tout ce qui peut produire un ébranlement émotif intense. Quelquefois même, et cela est particulier aux cas hystériques de cette espèce, le fait causal n'est pas réel ; il a eu lieu dans un rêve, dont le sujet peut n'avoir gardé aucun souvenir.

Quoi qu'il en soit, le choc émotif s'est produit, le plus souvent sans réaction extérieure violente, et à dater de ce moment ou plutôt au bout de quelques jours, apparaît une phobie, en rapport avec la cause originelle, et se traduisant par des attaques d'angoisse toutes les fois qu'une impression sensorielle quelconque ou même un souvenir, une simple association d'idées vient réveiller l'émotion initiale. Ce genre de phobies mérite bien, comme on le voit, le nom de *phobies traumatiques,* que Freud propose de lui attribuer.

Son mécanisme étiologique est cependant parfois un peu différent. La phobie systématisée peut, en effet, n'être qu'une sorte d'évolution de l'état obsédant à phobie diffuse ou du premier degré. Ribot[1] semble l'avoir vu très nettement lorsqu'il dit : « La crainte maladive peut être le résultat de la transformation *occasionnelle* d'un état vague, indéterminé, en une forme précise. La *panophobie* serait un stade préparatoire, une période d'indifférenciation. Le hasard, un choc brusque, lui donne une orientation et la fixe (peur d'une épidémie, des microbes, de la rage, etc.). C'est le passage de l'état affectif diffus à l'état intellectualisé, c'est-à-dire concentré et incarné dans une idée fixe : travail analogue à celui du délire des persécu-

1. Ribot, Loc. cit, p. 214.

tions, où la suspicion, d'abord vague, s'attache à un homme et ne le lâche plus. »

Pour bien préciser cette variété accidentelle de phobie systématisée, nous citerons quelques exemples tirés de nos observations :

Observation XV. — *Phobie de la rage.* — M. X..., 51 ans, agriculteur, est un homme très vigoureux, jouissant d'une excellente santé physique. Il est d'un caractère un peu craintif. Dans son enfance un de ses oncles fut mordu par un chien qu'on disait enragé. Il n'eut aucun accident consécutif ; mais le danger qu'il avait couru fut pendant très longtemps l'objet d'interminables conversations dans la famille. Le jeune X... garda toute sa vie, de cet événement, un souvenir pénible et une répugnance très marquée pour les chiens. Le 2 novembre 1898, pendant qu'il traversait un fossé sur un étroit pont de planches, un chien de mauvaise mine se présenta en sens contraire et traversa lui aussi le pont sans menacer M. X..., et à plus forte raison sans le mordre, mais en frôlant son pantalon. Trois jours après M. X... apprit qu'on avait tué un chien enragé dans les environs. Il en demanda le signalement et acquit la conviction qu'il s'agissait bien de celui qu'il avait rencontré sur le pont. Il lui vint aussitôt l'idée qu'en se frottant à ses vêtements le chien avait pu les souiller de bave virulente, et que lui-même avait pu, ensuite, en passant les mains sur ses vêtements, s'inoculer le virus par quelque plaie imperceptible. Depuis ce moment, M. X... vit dans une angoisse terrible. Il a serré dans une amoire fermée à clef le pantalon et les bottines qu'il portait le jour où il a été rencontré par le chien. Il ne veut plus mettre les pieds dans sa chambre à coucher, parce que le soir de la rencontre et les deux soirs suivants il a déposé ses vêtements sur les meubles de cette chambre. Il refuse abso-

lument de rentrer dans son écurie parce qu'il y est allé soigner son cheval après avoir été touché par le chien. Il a voulu partir pour l'Institut Pasteur, mais son médecin lui a affirmé qu'on ne l'y traiterait certainement pas puisqu'il n'avait pas été mordu. Il comprend bien qu'il est absolument invraisemblable qu'il ait contracté la rage dans les circonstances sus-indiquées. Tout le monde le lui dit, il finit presque par le croire. Néanmoins il ne pense qu'à la rage, à la possibilité de s'être inoculé le virus en touchant ses vêtements, et il en est horriblement tourmenté. Il en rêve même la nuit quand il a pu réussir à s'endormir.

Il n'a pas peur d'autres contaminations que celle de la rage. C'est ainsi qu'un de ses locataires étant mort phtisique, ces jours derniers, dans une de ses maisons, il n'a pas craint de pénétrer dans la chambre qu'occupait le malade, bien qu'il sache fort bien, dit-il, que la phtisie est une maladie des plus contagieuses.

Observation XVI. — *Phobie des contacts malpropres (délire du toucher).* — Mlle X..., 19 ans, bien portante jusqu'à il y a six mois, eut à cet époque une petite maladie fébrile, accompagnée de grands maux de tête (probablement une influenza) qui l'obligea à garder le lit pendant quelques jours. Durant la convalescence de cette maladie elle commença, sans rien dire à personne, à avoir de la répugnance à toucher les objets de ménage, et à se laver les mains beaucoup plus souvent qu'elle ne le faisait auparavant. Il est impossible de savoir au juste quelle est la raison première de cette petite manie. La malade interrogée à ce sujet se borne à dire qu'on lui a sans doute jeté un sort.

Quoi qu'il en soit, la crainte des contacts malpropres a fait, par à coups successifs, des progrès tels qu'elle est devenue une véritable maladie.

Actuellement Mlle X... y pense sans cesse. Dès qu'elle

s'éveille le matin, elle se hâte de nettoyer ses vêtements ; elle commence par brosser méticuleusement ses robes, ses jupons, ses bas, ses bottines : puis elle les nettoie avec un linge mouillé. Cela fait elle se lave le corps, s'habille et se savonne les mains plusieurs fois de rang. Elle passe ainsi trois heures au moins à sa toilette ; puis elle descend déjeuner et aide sa mère aux travaux du ménage, ce qui lui est fort désagréable parce qu'elle est hantée par la crainte de toucher des ustensiles ou des meubles que d'autres ont préalablement pu toucher, et par le désir impérieux, quand elle les a touchés, d'aller immédiatement se laver les mains. Il lui est très désagréable d'ouvrir une porte, une fenêtre, un tiroir, de saisir un verre, un porte-plume si elle ne peut pas aussitôt après monter dans sa chambre pour se laver. Elle voudrait ne jamais sortir de chez elle parce que, hors de chez soi, on peut toujours être exposé à des contacts malpropres. Quand elle pénètre dans un appartement, elle retrousse très soigneusement sa robe de façon qu'elle ne touche pas les montants de la porte. Dans la rue, elle redoute toujours d'être frôlée par des chiens, des chats, des chevaux, et évite avec le plus grand soin de se frotter le long des murailles ou des devantures de magasin. Avant de se coucher elle brosse ses draps et si sa mère ne l'en empêchait, elle les nettoierait avec un linge mouillé.

Elle n'a pas peur des maladies, ni même à proprement parler des poussières. Ce qu'elle craint, c'est de toucher ce que d'autres ont touché, et quand elle l'a fait elle n'a plus qu'une idée, aller se laver au plutôt. Si on cherche à l'en empêcher elle s'irrite, pleure et se porterait facilement à des violences.

Observation XVII. — *Polyphobies successives : peur angoissante de la phtisie, des épingles, des chiens, de la folie, de maladies diverses.* — Mme X..., 35 ans. Père vivant, bien portant, sans tares névropathiques. Mère morte à 64 ans

d'une chute, était d'un caractère inquiet, mélancolique et très sujette à des idées fixes.

A l'époque où elle fit sa première communion, Mme X... fut très tourmentée par des scrupules exagérés. Mariée à 18 ans, elle fut aussitôt après hantée par la crainte de devenir phtisique, crainte que rien ne justifiait, car elle jouissait d'une santé physique excellente. Cela dura quatre mois, puis elle ne pensa plus à la phtisie.

De 19 à 33 ans, rien de particulier. Elle était timide, impressionnable, peureuse, mais n'avait pas de véritables accès d'émotivité morbide.

A 33 ans, une de ses voisines lui ayant raconté que son enfant avait avalé une épingle, elle fut très émue de ce récit et pendant plusieurs semaines, elle eut une phobie violente des épingles et des aiguilles. Elle avait la crainte de les avaler ou de les faire tomber dans les assiettes des personnes de son entourage, qui pourraient les avaler. Pour éviter cet accident, elle comptait matin et soir les épingles employées à fixer ses vêtements. Elle exigeait que sa fille lui rendît compte de celles dont elle se servait. Bref, les épingles et les aiguilles occupaient toute son attention.

A quelque temps de là, la phobie des épingles fut remplacée par celle des chiens. Quand Mme X... en rencontrait un dans la rue, elle en était préoccupée tout le reste du jour. « Si ce chien m'avait mordu sans que je m'en aperçusse, se disait-elle ; s'il était enragé?... »

Puis ce fut la peur de la folie qui prit la place de celle des chiens, puis celle de la fièvre typhoïde, etc., etc.

Ces phobies se succèdent sans aucune régularité, l'une chassant l'autre. Elles naissent ordinairement à la suite d'une émotion éprouvée par la malade à l'audition d'un récit ou à la lecture d'un fait divers. Sur le moment l'émotion n'a rien d'excessif, mais elle s'ancre dans l'esprit de la malade et le lendemain ou le surlendemain elle

a pris les proportions d'une vraie phobie. Il est à noter que jamais Mme X... n'a plusieurs phobies à la fois. Quand elle est tourmentée par la crainte du chien ou de la folie, elle est absolument indifférente à ce qui concerne les épingles ou la fièvre typhoïde et inversement.

Observation XVIII. — *Phobies successives de la rage, des accidents de chemins de fer, de la folie, du vide.* — Mme X..., 36 ans. Père mort jeune, sans maladies nerveuses ; mère sujette à des phobies diverses, notamment à celle du vide. Comme sa mère, Mme X... est tourmentée par des craintes maladives dont l'objet varie d'un jour à l'autre. A sa première communion, elle a été hantée de scrupules exagérés. Vers 15 ans elle eut la phobie de la rage. A 24 ans, après une grossesse pénible, elle eut la phobie des accidents de chemin de fer. Élle avait toujours peur d'être écrasée ou de voir quelqu'un écrasé par une locomotive. Quand elle était obligée de voyager, elle en était toute bouleversée, et lorsque le train arrivait, elle allait se cacher dans une salle d'attente pendant que le train faisait son entrée en gare. Vers 32 ans, peur de devenir folle, de perdre la tête. A 34 ans, peur de l'eau ; elle ne pouvait passer sur un pont sans éprouver une inexprimable angoisse. Il lui semblait qu'elle était attirée par l'eau. Depuis six mois elle a la peur du vide. Elle monte bien jusqu'au premier étage de sa maison parce que, dit-elle, « si je tombais, j'aurais encore des chances de ne pas me tuer » ; mais pour rien au monde elle ne monterait jusqu'au deuxième ou au troisième étage. État général excellent.

Observation XIX. — *Monophobie du suicide.* — Mme X..., 65 ans, sans hérédité morbide chargée, a joui jusqu'à l'âge de 45 ans d'une très bonne santé physique et morale. A cet âge elle reçut un choc émotif violent : Une femme de chambre à son service se suicida dans sa maison ; Mme X..., la trouva pendue dans un grenier, froide, rigide, hideuse. Elle fut très émue de cet évène-

ment, non pas seulement du fait de s'être trouvée inopinément en présence du cadavre, mais surtout de la pensée que cette femme, à laquelle elle était assez attachée, qui lui paraissait intelligente et saine d'esprit, avait pu se donner volontairement la mort.

A la suite de cette émotion, Mme X.,. fut pendant quatre mois incessamment tourmentée par la peur de se suicider elle aussi. Elle songeait constamment aux cas de suicide dont elle avait entendu parler antérieurement. Elle voulait n'y pas penser, mais l'idée s'imposait malgré elle à son attention. « Elle revenait, dit-elle, comme si quelqu'un me la soufflait intérieurement. » Quand en lisant un fait divers ses yeux tombaient sur le récit d'une mort volontaire, elle était toute bouleversée. Si par hasard on venait à parler devant elle d'un cas de suicide, elle se levait brusquement et s'échappait comme une folle. Elle n'avait pas envie de mourir, bien au contraire elle redoutait la mort, surtout la mort par le suicide ; mais elle était hantée par l'idée qu'elle pourrait bien finir un jour ou l'autre comme sa femme de chambre.

Après avoir persisté pendant quatre mois à l'état aigu, l'obsession s'est peu à peu apaisée. Mais elle s'est reproduite depuis à diverses reprises, tantôt sans cause connue, tantôt à l'occasion de récits de suicides portés accidentellement à la connaissance de la malade. Mme X... n'a jamais eu aucune idée fixe, aucune autre phobie. Elle n'a fait non plus, cela va sans dire, aucune tentative de suicide.

Observation XX. — *Obsession phobique de la paralysie générale.* — Parmi les maladies qui peuvent devenir le point de départ d'obsession phobique, il faut citer la paralysie générale.

L'obsession phobique de la paralysie générale s'observe non seulement chez des hommes, habituellement neu-

rasthéniques parasyphilitiques, que la peur du « ramollissement » hante au point de tourner au monoïdéisme anxieux, mais aussi, chose plus intéressante et plus rare, chez des femmes qui, ayant vu un être cher atteint de paralysie générale, en restent tellement frappées, qu'elles tombent dans l'appréhension fixe de cette maladie et croient en éprouver tous les symptômes. C'est le même mécanisme étiologique, le même shock émotif que l'on rencontre dans nombre de cas de nosophobies, où la vue d'un sujet frappé de folie, d'attaque, d'angine de poitrine, de mort subite, etc., devient, chez un névropathe prédisposé, le point de départ de la phobie de la folie, de l'attaque, de l'angine de poitrine et de la mort subite.

Nous avons observé deux cas dans lesquels une jeune femme et une jeune fille présentèrent l'obsession phobique de la paralysie générale, après avoir perdu leur mari et leur fiancé de cette maladie. Nous citerons brièvement l'un des deux.

Mlle X... est âgée de 35 ans. Sa mère est morte à 33 ans, après son huitième accouchement, de fatigue, probablement de la poitrine. Des huit enfants qu'elle a eus, trois seulement sont vivants, les autres sont morts en bas âge, de maladies inconnues. Le père est vivant, âgé de 68 ans, bien portant. Remarié, il a eu du second lit neuf enfants, dont aucun n'a succombé.

La malade a eu, à 32 ans, une congestion pulmonaire avec crachements de sang. Pas d'autre maladie importante. Elle est très sensible et très impressionnable sans avoir jamais présenté, cependant, d'accidents nerveux.

Fiancée à 18 ans, elle a vu son fiancé, atteint de paralysie générale, être interné et mourir dans une maison de santé de Paris. Durant tout le cours de sa maladie, elle n'a cessé de le visiter, et a assisté ainsi à sa déchéance progressive et à sa fin, témoin attristé de tous les symp-

tômes somatiques et psychiques qui se produisaient chez lui.

Depuis sa mort, elle n'a cessé de penser avec frayeur à la paralysie générale, et elle en est arrivée à être obsédée par la crainte d'en être frappée à son tour. Elle retrouve dans ce qu'elle éprouve toute l'histoire de son fiancé. Il a commencé comme elle, par de la fatigue du cerveau et du besoin de repos à la suite d'excès de travail : il avait, comme elle, des sensations pénibles, de la perte de la mémoire, de l'oubli des mots, de l'embarras dans la parole, de l'insomnie. Il n'y a qu'une chose qui lui manque, croit-elle: ce sont les *manies* qu'ont les malades de ce genre, l'amour des oiseaux, par exemple.

Mlle X... est littéralement obsédée par cette phobie. A certains moments, surtout dès qu'elle croit constater en elle un symptôme nouveau, son appréhension devient paroxystique et elle a alors de véritables crises d'angoisse aiguë.

Observation XXI. — *Obsession phobique du bruit de la mastication.* — M. S..., employé d'administration, est âgé de 40 ans.

Père très nerveux, très original, était atteint de tic facial. Il mourut à 64 ans, par suicide, pour se soustraire aux douleurs d'un cancer dont il était atteint. Mère morte à 54 ans, de gangrène du pied. Très nerveuse, mais sans tic, sans obsession.

Une sœur bien portante, pondérée, pas nerveuse.

Le malade a eu une fièvre typhoïde à 12 ans, et il y a quelques années, la syphilis, qu'il a consciencieusement traitée et dont il ne présente aucun accident, depuis longtemps.

Dès l'âge de 15 ans, il a été agacé par le bruit de mastication que faisait sa mère, à table. Depuis, ce bruit n'a cessé de l'ennuyer, de l'énerver, de lui paraître insupportable.

Lors de son mariage et pendant un temps, ce bruit a cessé de l'agacer. Mais il ne tarda pas à s'en affecter de nouveau.

Il y a 6 ou 7 ans, cela est devenu une véritable obsession. Il en arriva à se boucher les oreilles avec des corps étrangers, pour ne pas entendre mastiquer sa femme et ses enfants. Ce moyen ne suffisant pas, car il percevait quand même le bruit irritant, surtout au vu des mouvements des lèvres, il est devenu tellement préoccupé et anxieux, qu'il a consulté un médecin. Sa femme a dû voir ce médecin car, depuis un an, elle s'est mise à manger à part pour ne pas l'énerver.

Il prend donc ses repas tout seul. Au reste, il n'a jamais, à cause de sa phobie du bruit de la mastication, pu assister à un banquet, à un dîner, et il refuse systématiquement toute invitation.

Le malade se rend compte qu'il s'agit chez lui non pas seulement d'un agacement produit par un bruit particulièrement désagréable — c'est ce qui existait au début — mais d'une véritable obsession qui en est arrivée à le tourmenter même en dehors des repas.

D'autre part, depuis que, mangeant seul, il n'est plus exposé à ouïr le bruit de la mastication, vis-à-vis duquel il conserve d'ailleurs son obsession phobique, son appréhension émotive s'est également portée sur le bruit de reniflement que fait entendre régulièrement un de ses collègues de la même administration, ainsi que sur le léger bruit guttural émanant de sa femme, durant son sommeil. Cette pensée obsédante est même, à l'heure actuelle, plus continue que la première, car dans l'intervalle de l'audition des bruits phobiques, elle le hante et il se dit : « Demain ce sera la même chose, et ainsi de suite. »

Observation XXII. — *Obsession dermatophobique. Phobie à deux.* — A. I..., marchand courtier en librairie, âgé de 40 ans, célibataire, n'a jamais été malade ; mais il a eu

beaucoup d'ennuis dans son commerce. Il est vif, impressionnable et emporté depuis son enfance.

Son père est mort à 50 ans de fluxion de poitrine ; sa mère est morte à 64 ans, également de fluxion de poitrine, elle était très nerveuse.

Le malade a une difficulté de parole, consistant en une sorte de phobie verbale. Quand il est en colère, il parle beaucoup mieux, mais il est gêné par la présence de quelqu'un ; il est obligé de s'arrêter par moments, puis il peut reprendre le fil de son discours. Lorsqu'il est embarrassé, il cherche ses mots ; s'il possède bien le sujet de son récit, il peut facilement le raconter, même devant un grand nombre de personnes ; c'est surtout quand il a peur de mal parler qu'il hésite et s'arrête.

Mais ce n'est pas pour le trouble de sa parole qu'il vient nous consulter : c'est pour une obsession cutanée qui le hante depuis six mois.

Au mois d'août dernier, il coucha avec une femme. Durant la nuit, il éprouva une sensation analogue à une piqûre de moustique, de puce ou mieux « d'un feu se déplaçant ». Il se découvrit, chercha sur son corps et ne vit rien. Craignant cependant d'avoir attrapé quelque chose, il exigea d'examiner sa compagne, mais ne découvrit rien non plus. Il l'interrogea : elle lui déclara qu'elle n'avait pas de puces chez elle et n'éprouvait pas de démangeaisons pareilles.

Rentré chez lui, I... ne songea plus à cette aventure, ou tout au moins sa crainte s'était endormie. Mais un mois après, il constata qu'il lui venait des « boutons blancs entre peau et chair », analogues à de la chair de poule. Puis, ayant couché avec une autre femme, il s'aperçut, le lendemain, qu'elle éprouvait des démangeaisons et qu'elle avait des boutons blancs analogues, sans qu'il lui eût parlé, cependant, de sa maladie de peau ?

Quoi qu'il en soit, cette femme convaincue qu'elle était atteinte de gale et qu'elle la lui devait, alla à l'hôpital pour y réclamer le traitement spécial. Il lui avait communiqué, dans une certaine mesure, sa phobie.

Quant à lui, en présence de tous ces faits, il devint complètement obsédé par sa dermatose. Il se traita avec une pommade et du savon noir ; mais il a eu beau faire, jusqu'ici, son état ne s'est pas amélioré. Aussi, est-il très préoccupé, très inquiet, et c'est sous l'influence de cette appréhension qui le ronge depuis plusieurs mois qu'il s'est rendu à la clinique dermatologique de la Faculté.

Notre collègue, le Pr Dubreuilh, ne constate chez lui que des élevures de follicules pileux, telles qu'on les rencontre dans l'hyperkératose pilaire. C'est pourquoi il nous l'adresse avec le diagnostic de *parasitophobie.*

Observation XXIII. — *Phobie de la mort subite.* — Mme X..., trente ans, émotive, sujette à des crises d'anémie avec aménorrhée, a une mère très impressionnable et une sœur nerveuse, avec accidents hystériques. Il y a six mois, sa grand'mère est morte tout d'un coup devant elle, à table, en mangeant la soupe, ce qui l'émotionna très violemment. La troisième nuit, elle commença à rêver de sa grand'mère, de sa mort, de son tombeau. Dès lors, elle fut prise de la peur obsédante de mourir tout d'un coup, comme elle. L'attaque d'angoisse survient chaque fois que la malade se met à table et elle devient tellement pénible quand elle essaie de manger de la soupe, qu'elle a dû y renoncer. Elle éprouvait alors des spasmes divers et en particulier une constriction complète du pharynx qui l'empêchait d'avaler. La grand'mère étant morte un dimanche, la phobie se montre de plus en plus intense au fur et à mesure qu'on s'approche des derniers jours de la semaine.

Observation XXIV. — *Phobie de la syncope.* — C... est un homme de trente-trois ans, impressionnable, dont la

mère a des crises de nerfs. Un jour qu'il se faisait raser chez un coiffeur, ayant grand'faim, il se vit peu à peu pâlir dans la glace, et arriva ainsi jusqu'à une défaillance quasi-syncopale. A dater de ce jour, il est resté atteint d'une véritable phobie de la syncope, pour laquelle il est venu nous consulter et qui se produit par paroxysmes, dans des circonstances déterminées, notamment s'il se regarde dans une glace. A ce moment, il se trouble, il a peur, il est angoissé, il se sent devenir pâle, il éprouve les mêmes phénomènes de semi-évanouissement que la première fois. La sensation est si forte qu'un jour, affolé, il a couru chez un pharmacien voisin pour vite absorber un cordial.

Observation XXV. — *Phobie de la mort par angine de poitrine.* — Mme M..., trente-deux ans, fille d'arthritiques nerveux, est elle-même arthritique et nerveuse. Il y a un an, elle éprouva un premier choc moral, résultant d'une chute de voiture. Elle se remettait à peine de cette secousse lorsque, il y a quelques mois, sa mère est morte subitement devant elle, dans un accès d'angine de poitrine. Quelques jours après, elle est prise de phobie de la mort subite et de la mort par angine de poitrine. Dans ses attaques d'angoisse, la malade éprouve exactement les symptômes de l'angine de poitrine, tels que les éprouvait sa mère. Elle accuse surtout « une griffe », une « oppression anxieuse », des « irradiations dans le bras gauche ». Et alors, elle se lamente en s'écriant : « Je vais mourir » !

Telle est, sous sa forme ordinaire, la phobie systématisée accidentelle.

Réviviscence émotionnelle. — Un caractère fréquent chez elle, spécial peut-être, en tout cas sur lequel il convient d'insister, c'est l'intensité, dans les pa-

roxysmes angoissants, de la reproduction de la sensation première, qui en arrive à être reconstituée intégralement, soit dans la veille, soit dans le sommeil, comme en une sorte d'hallucination. Les observations précédentes, auxquelles nous pourrions joindre celle de Pascal, revoyant à son côté un précipice béant, depuis son accident du pont de Neuilly, sont très nettes à cet égard. Ce fait semble légitimer l'idée de Féré, qui fait de l'émotivité morbide une hallucination du sentiment. « Puisque l'émotivité morbide, dit-il, se produit dans les mêmes conditions que la sensibilité subjective morbide, les émotivités morbides sont donc, en réalité, des états affectifs extériorisés ou objectivés : ce sont des hallucinations du sentiment. L'extériorisation renforce l'émotion, provoquant des phénomènes physiques aussi intenses que s'il y avait excitation réelle du dehors, comme dans l'hallucination sensorielle. »

Cela est d'autant plus vrai que, parfois, comme nous le verrons plus tard, la résurrection émotive s'accompagne, dans les cas de ce genre, de véritables hallucinations des sens. Tels sont, par exemple, les acarophobes, qui en arrivent à éprouver de réelles démangeaisons spécifiques.

Type intermittent et type rémittent. — Il faut distinguer, dans la phobie systématisée, constitutionnelle ou fonctionnelle, les cas où elle se manifeste exclusivement par des attaques angoissantes, avec tranquillité complète d'esprit dans l'intervalle, et ceux où, en dehors des attaques, la crainte subsiste sous forme de pensée plus ou moins obsédante.

Ces derniers sont les plus fréquents, surtout

lorsque la phobie se prolonge, et ils représentent, on le voit, un état morbide intermédiaire entre la phobie pure, réduite à l'attaque d'angoisse, et l'obsession intellectualisée. Nous reviendrons plus loin sur ce point important de notre étude.

CHAPITRE III

LES OBSESSIONS

Phobies et Obsessions. — L'obssession n'est souvent que la forme aggravée ou intellectualisée de la phobie. Cas de transition.
Obssessions idéatives. — Idée fixe physiologique et idée fixe pathologique. — Caractères de l'idée fixe de l'obsession : c'est une idée parasite, automatique, discordante, irrésistible. — Nature des idées obsédantes. Idées d'obsession vraisemblables. Idées de contraste. Idées d'obsession uniques, multiples, prédominantes, transformées. — Lutte contre l'obsession. — État de la conscience dans les crises d'obsession : dissociation, dédoublement. Quelques caractères généraux des obsessions idéatives. — Obsessions constitutionnelles et accidentelles. — Division et classement des obsessions idéatives. — Observations cliniques.
Obsessions impulsives. — L'obsession impulsive n'est pas une forme particulière. — Les phobies d'impulsions se rattachent-elles aux impulsions ? — Les obsédés cèdent-ils souvent à leurs impulsions ? Impulsions banales. Impulsions graves. — Suicide et obsession. — L'obsession impulsive est toujours précédée de pensée et de lutte. — Détente consécutive. — Obsessions inhibitoires.
Obsessions hallucinatoires. — L'obsession peut s'accompagner d'hallucinations. — Obsession hallucinatoire et hallucination obsédante. — Cas d'obsession hallucinatoire. — L'hallucination de l'obsession est une hallucination représentative.
Moyens de défense des obsédés. — Idée générale. Division. — Moyens destinés à prévenir les accès. — Moyens destinés à combattre les accès. — Moyens destinés à atténuer ou à dissimuler les effets émotifs des accès. — Tics moyens de défense. — Obsessions et Tics.

La forme d'état obsédant dont nous allons nous occuper dans ce chapitre est celle à laquelle un bon nombre d'auteurs réservent le nom d'obsession. Pour

eux la phobie est une chose, l'obsession en est une autre. Pour nous, phobie et obsession ne sont pas deux choses différentes ; ce sont, nous le répétons, deux variétés à peine distinctes, ou pour mieux dire deux degrés d'un même état neuro-psychopathique, différant simplement par la proportion des deux éléments, émotif et idéatif, qui le constituent, et par son caractère évolutif, dans l'un habituellement intermittent, dans l'autre le plus souvent continu avec paroxysmes.

Phobies et obsessions.

La première question qui se pose maintenant à nous est celle de savoir si l'obsession est souvent, comme nous le pensons, une forme aggravée ou, pour mieux dire, intellectualisée de la phobie.

La plupart des auteurs semblent admettre une différence importante entre les phobies et les obsessions. Quelques-uns même les séparent complètement.

Sigm. FREUD [1], par exemple, divise cliniquement les états obsédants en trois classes : 1° les obsessions intenses, constituées par des souvenirs, des images non altérés d'événements importants (ex. : le cas de PASCAL). Ces obsessions et phobies, qu'on pourrait appeler *traumatiques,* se rattachent aux symptômes de l'hystérie ; 2° les obsessions vraies ; 3° les phobies.

Les obsessions vraies se composent, pour lui, de

1. S. FREUD, Loc. cit.

deux choses : 1° d'une idée qui s'impose au malade ; 2° d'un état émotif associé et variable.

« L'état émotif de l'obsession est toujours justifié, mais il s'est éternisé. Quant à l'idée concomitante, c'est une idée *substituée* qui, par un mécanisme quelconque, a pris la place de l'idée primitive, toujours relative à la vie sexuelle de l'individu. C'est cette mésalliance de l'état émotif, resté le même, et de l'idée nouvelle associée, inconciliable avec cet état émotif, qui rend compte du caractère d'absurdité propre aux obsessions.

« *Exemple.* — Un jeune homme, étudiant en médecine, souffrait d'une obsession. Il se reprochait toutes les actions immorales : d'avoir tué sa cousine, défloré sa sœur, incendié une maison, etc. Il parvint jusqu'à la nécessité de retourner dans la rue pour voir s'il n'avait pas encore tué le dernier passant. *Origine de la substitution :* il avait lu dans un livre quasi-médical que l'onanisme, auquel il était sujet, abîmait la morale, et il en était ému.

« *Autre exemple.* — Une jeune fille s'était presque complètement isolée, en conséquence de la peur obsédante de l'incontinence des urines. Elle ne pouvait plus quitter sa chambre ou recevoir une visite sans avoir uriné plusieurs fois. Chez elle, et en repos complet, la peur n'existait pas. *Origine de la substitution* : c'était une obsession de tentation ou de méfiance, Elle ne se méfiait pas de sa vessie, mais de sa résistance contre une impulsion amoureuse. L'origine de l'obsession le montrait bien. Une fois, au théâtre, elle avait senti, à la vue d'un homme qui lui plaisait, une envie amoureuse accompagnée (comme toujours dans la pollution spontanée des femmes) de l'envie d'uriner. Elle fut

obligée de quitter le théâtre et, de ce moment, elle fut en proie à la peur d'avoir la même obsession, mais l'envie d'uriner s'était substituée à l'envie amoureuse. Elle guérit complètement,

« Dans la phobie, l'état émotif est toujours l'anxiété ; elle est plus monotone et plus typique que dans l'obsession.

« Le mécanisme des phobies est tout à fait différent de celui des obsessions. Ici, plus de substitution, plus d'idée remplaçante, rien que l'état émotif anxieux, qui, par une sorte d'élection, a fait ressortir toutes les idées propres à devenir l'objet d'une phobie. L'angoisse de cet état émotif des phobies, non dérivé d'un souvenir quelconque, se rattache à une névrose spéciale, la *névrose anxieuse,* de laquelle cet état émotif est le symptôme principal et qui doit être séparée de la neurasthénie, bien que confondue maintenant avec elle. Ainsi, les phobies font partie de la névrose anxieuse. »

Telle est la conception générale de Freud au sujet des obsessions et des phobies et telles sont les différences qu'il reconnaît entre elles.

Toutefois, malgré ces différences, il convient qu'elles peuvent se combiner l'une à l'autre. « Il peut y avoir, dit-il, et c'est très fréquent, combinaison de phobie et d'obsession propre. Au début, il y avait phobie, développée comme symptôme de la névrose anxieuse. L'idée qui constitue la phobie peut être substituée par une autre idée ou plutôt par le procédé protecteur qui semblait soulager la peur. Telle cette femme qui avait commencé par la peur

de devenir folle (phobie hypocondriaque assez commune chez les femmes non satisfaites par leur mari, comme elle). Pour se garantir qu'elle n'allait pas devenir folle, qu'elle jouissait de son intelligence, elle commença à se poser des questions, à s'occuper de problèmes sérieux. Cela la tranquillisait d'abord, mais avec le temps cette habitude de la spéculation se substitua à la phobie (Grübelsucht). « Pourquoi faut-il respirer ? Si je ne voulais pas respirer ? »

Freud montre déjà là, par un exemple, que la phobie proprement dite peut tourner à l'obsession, c'est-à-dire s'accompagner d'idée fixe. Mais le fait est bien plus fréquent qu'il ne le croit.

L'obsession n'est souvent que la forme aggravée ou intellectualisée de la phobie. Cas de transition. — Entre la phobie systématisée et l'obsession, il n'y a pas, à notre avis, si loin qu'on le croit généralement. Il y a si peu loin qu'en consultant l'ensemble de nos observations, nous nous sommes trouvés souvent embarrassés pour distinguer s'il s'agissait de phobies ou d'obsessions. Que faut-il, en effet, pour que la phobie systématisée tourne à l'obsession ? Il faut simplement que cette phobie, au lieu de se manifester par des crises d'angoisse intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins, dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, ce qui arrive dans la majorité des cas. Et c'est ainsi que, par une pente toute naturelle, la monophobie tend peu à peu vers le monoïdéisme, et qu'on a si souvent affaire, dans la pratique, non à des phobies systématisées pures, mais à des cas intermédiares ou de transition entre la phobie et l'obsession.

L'obsession n'est donc souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif pour prendre, par le fait même de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel.

Au reste, dans les cas mêmes où l'obsession survient d'emblée, sans avoir passé au préalable par une phase exclusivement phobique, les symptômes caractéristiques de l'angoisse se retrouvent toujours, à un degré quelconque.

Ce qu'on peut dire, au moins en thèse générale, c'est que plus l'obsession tend à s'intellectualiser, plus son substratum émotif s'atténue.

Il se produit là, semble-t-il, ce qui se produit toutes les fois qu'un instinct, une émotion vient à passer dans la sphère mentale. Th. Ribot [1], après avoir montré qu'il en est ainsi pour la tendance sexuelle, qui de physiologique peut devenir psycho-physiologique, enfin purement intellectuelle, dit : « Ces formes subtiles et raffinées que les intellectualistes tiennent pour supérieures ne sont en réalité qu'un appauvrissement dans l'ordre affectif. Au reste, elles sont rares et, sauf quelques exceptions, sans efficacité ; car c'est une règle que tout sentiment perd de sa force dans la mesure où il s'intellectualise ; et c'est une source inépuisable d'illusions et d'erreurs, dans la pratique, que la foi aveugle dans la puissance des idées. »

Que l'obsession soit consécutive à une phobie dont elle n'est qu'une aggravation, un degré de plus, ou qu'elle se manifeste d'emblée sous forme d'obsession, elle est en somme formée par l'adjonction aux phé-

1. Th. Ribot, Loc. cit., p. 19.

nomènes émotionnels de la phobie simple, d'un élément intellectuel, d'une idée fixe.

Il est d'usage de séparer, dans l'obsession, l'idée fixe simple et l'idée impulsive. Bien qu'au fond de toute idée il y ait un élément moteur, et que les idées obsédantes soient de véritables « impulsions intellectuelles » (Ball), nous envisagerons séparément les *obsessions idéatives* et les *obsessions impulsives*. Nous dirons aussi quelques mots à part des *hallucinations* dans les obsessions.

Obsessions idéatives.

Le substratum émotionnel de l'obsession nous étant connu, puisqu'il est le même, à l'intensité près, que celui de la phobie, nous n'avons à nous occuper ici que de l'élément intellectuel, de l'idée fixe.

Idée fixe physiologique et idée fixe pathologique. — L'idée fixe est physiologiquement, comme dit Ribot, l'hypertrophie, la forme quasi-tétanique de l'attention. C'est ainsi qu'elle se présente chez les compositeurs, les savants, dont elle domine l'esprit à l'exclusion de toute autre manifestation d'activité psychique. Bien que le sujet puisse être entière ment absorbé par cette idée, comme dans le cas si connu d'Archimède, elle n'est pas pour cela pathologique.

De même qu'en ce qui concerne l'émotivité, la limite et les caractères différentiels entre l'idée fixe physiologique et l'idée fixe pathologique ne sont pas faciles à préciser. On peut cependant indiquer cer-

tains éléments de distinction. L'idée fixe physiologique est *voulue,* parfois même *cherchée,* en tout cas *acceptée* et non *douloureuse,* et elle ne rompt en rien, par son intervention, l'*unité* psychique de l'individu.

Il est des cas assurément, surtout chez certains travailleurs qui sont plutôt possédés par l'élaboration de leur œuvre que maîtres de la diriger, de la quitter et de la reprendre à leur gré, où une conception artistique ou scientifique arrive à poursuivre l'esprit, à s'imposer à lui, en provoquant même de la souffrance. C'est évidemment presque déjà de l'obsession, mais une obsession qui, à l'origine, a été voulue et n'est devenue involontaire que par sa persistance.

Pour M. Séglas, la différence entre l'obsédé et le travailleur absorbé est aussi dans ce fait que l'attention, chez le travailleur, est fixée volontairement, tandis que chez l'obsédé elle est spontanée, automatique, et s'impose à la conscience qu'elle envahit par une sorte d'effraction de la volonté.

Caractères de l'idée d'obsession. — Le caractère principal de l'idée fixe pathologique — nous parlons de l'idée fixe jugée telle, car l'idée fixe méconnue est une *idée délirante* dont nous n'avons pas à nous occuper ici — est donc d'être involontaire et en désaccord avec le cours régulier des pensées.

L'individu que poursuit un nom, un mot, un refrain, présente à ce point de vue un rudiment d'obsession, parce que le souvenir qui s'impose à lui est involontaire, automatique, et tend à dissocier son activité psychique normale en se substituant à elle. Mais ce n'est qu'un rudiment d'obsession

parce qu'il lui suffit d'un effort de volonté plus ou moins intense pour chasser cet hôte importun.

C'est une idée parasite, automatique, discordante, irrésistible. — La plupart des auteurs ont insisté sur ce caractère essentiel de l'idée fixe d'obsession. Koppen[1] la considère comme paraissant née en dehors de notre cerveau. Séglas[2] dit : « L'obsession n'est, en résumé, qu'un état particulier de la désagrégation psychologique, une sorte de dédoublement de conscience. »

Dans l'harmonie polyidéique qui constitue le fonctionnement normal de notre intelligence, l'émotivité pathologique cherche à jeter, ainsi que nous l'avons vu, une note, toujours la même. Cette note, introduite ainsi dans le concert intellectuel, devient une étrangère, une intruse, qui sollicite notre attention. De sorte qu'en dehors des concepts réguliers qui se déroulent normalement dans notre esprit, une idée discordante tend à se faire jour et, s'hypertrophiant de plus en plus, en arrive à s'imposer et même à dominer les autres ; d'où cette tendance à la dissociation ou dédoublement psychique constatée par tous dans l'obsession.

Et ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que, dans certaines formes chroniques et incurables de l'obsession, au fur et à mesure que l'idée fixe s'ancre dans le cerveau, le dédoublement s'accentue. Il est même des cas où le dédoublement étant en quelque sorte complet, l'obsession a créé chez le sujet une

1. Köppen, in Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LI, H. 5, 1895.
2. Séglas, Loc. cit., p. 121.

seconde vie à part, automatique, à côté de la vie intellectuelle proprement dite. Une malade de M. Séglas, atteinte depuis vingt-cinq ans d'obsession à forme constitutionnelle, s'exprime ainsi à son sujet : « Je me fais l'effet d'être *double,* je me sens comme *deux* pensées se combattant ; une qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, mais sans succès ; une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Dans tout cela, je finis par ne plus me reconnaître, mes idées s'embrouillent et je ne puis plus démêler le vrai du faux[1]. » On ne saurait mieux traduire l'état psychique dans l'obsession.

L'idée fixe de l'obsession est donc une idée *parasite,* une idée étrangère, s'introduisant spontanément dans le champ de la conscience et se mettant à la traverse du cours régulier des opérations mentales. Voilà son caractère fondamental.

Cette idée est aussi, comme le disent les auteurs, *irrésistible.* Cela veut dire non pas que la volonté n'a aucune action sur elle, est impuissante à la chasser, mais qu'elle naît et s'établit de force, sans que le sujet ait à intervenir dans sa production. Elle est irrésistible, comme le remarque Mickle, à la façon de l'idée suggérée qui s'impose aux hypnotisés, bien que venant du dehors, rétrécissant et monoïdéisant à son profit l'activité mentale.

Nous avons déjà dit que, d'après Freud, l'idée obsédante n'est qu'une idée *substituée* dérivant par voie d'association ou de transformation d'une idée-

1. Séglas, Loc. cit., p. 124.

mère primitive. Cela est dans bien des cas parfaitement exact. Il suffit d'étudier avec soin quelques obsédés pour se convaincre de ce fait que l'idée qui tourmente les malades n'est pas toujours la même que celle qui accompagne le choc émotif initial d'où est née l'obsession. Ce choc émotif initial peut être quelconque : il suffit qu'il ait ébranlé assez fortement le cerveau d'un prédisposé. Quant à l'idée substituée qui compose ultérieurement l'obsession, elle se rattache d'habitude, malgré les apparences, à cette impression, par un mécanisme variable, presque toujours par voie de conséquence, de déduction logique ou de généralisation. Dans l'observation si connue du suisse d'église, de Morel, le malade avait l'obsession de sa hallebarde, qu'il n'osait toucher. Le point de départ de cette obsession était une chute qu'il avait failli faire, longtemps auparavant, un couteau à la main. La peur des couteaux, qui s'en était suivie, avait peu à peu amené la peur de la hallebarde. Legrand du Saulle a cité, d'après Blanche, l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'une frayeur causée par un violent orage, croyait voir partout du phosphore. Elle passait des journées à se brosser sans cesse et évitait tout contact.

Une de nos malades ne peut ni manger ni voir de la salade. Cela se rattache à l'émotion qu'elle éprouva à la suite de l'incendie de la rade de Bordeaux par un navire chargé de pétrole. Elle eut en effet, après cela, l'obsession phobique du pétrole et des lampes, puis de l'huile, et enfin des mets qui se mangent avec de l'huile.

On pourrait citer nombre d'exemples de ce genre, montrant très nettement le lien déductif qui joint le choc émotionnel causal à toutes les idées obsédantes consécutives, pour si éloignées qu'elles en paraissent. Nous aurons, du reste, occasion de revenir sur ce point en parlant de l'étiologie.

Nature des idées obsédantes. — Les idées qui constituent l'élément intellectuel de l'obsession sont infiniment variées. Les plus fréquentes sont des idées relatives à la morale (peur de commettre ou d'avoir commis des vols, des assassinats, des attentats à la pudeur, des actions délictueuses ou criminelles quelconques), à la métaphysique (recherche angoissante de l'origine et de la nature des pensées, de la conception de la divinité, de la nature de l'infini), ou à la religion (scrupules religieux, peur de souiller les hosties ou les eaux baptismales, de commettre des sacrilèges, etc.). Mais on peut aussi être obsédé par des idées indifférentes, par une phrase banale, par un mot insignifiant, voire même par un sentiment tel que la tristesse, la jalousie ou l'amour. Enfin, toutes les sensations susceptibles de donner naissance aux phobies vulgaires peuvent perdre peu à peu leur objectivité et passer ainsi de la classe des phobies sensationnelles ou obsessions phobiques dans celle des phobies intellectuelles ou obsessions idéatives. On voit d'après cela que tout peut fournir matière à obsession et qu'il existe autant de variétés d'obsessions qu'il peut naître de sortes de pensées dans le cerveau humain.

Il est facile de constater, cependant, que dans le nombre, il est des idées d'obsession qui s'imposent

plus fréquemment à l'esprit. De toutes, ce sont incontestablement, à notre avis, celles qui ont trait à la santé, à l'existence, à la vie future. Viennent ensuite celles relatives à la peur de mal faire à tous les points de vue, moral, religieux, social, etc.; celles relatives à la peur d'un événement, d'un objet, d'un animal; enfin, celles relatives à un penchant ou à un sentiment quelconques.

Idées obsédantes vraisemblables. Idées de contraste. — Les idées obsédantes ne sont pas généralement des idées absurdes, impossibles; d'ordinaire, elles sont vraisemblables et n'ont de morbide que leur grossissement, leur domination, leur persistance.

Elles peuvent présenter, cependant, un caractère particulier, auquel certains auteurs ont donné le nom de *contraste*. C'est lorsqu'elles se trouvent en contradiction complète avec les tendances du sujet. Cela s'observe souvent dans les cas d'obsession religieuse. Les malades veulent prier, faire une oraison? il leur vient un blasphème, une impiété, un sacrilège, une injure grossière à la pensée ou à la bouche (manie blasphématoire de Verga). « En faisant les prières, dit Krafft-Ebing[1], surgissent des conceptions de contraste; on voit « maudit » au lieu de « béni », « enfer » au lieu de « ciel », « wilde Sau » (sanglier sauvage) au lieu de « Liebe Frau » (Notre Dame) et cela revient avec persistance toutes les fois qu'on essaie de redire le passage de la prière. » Une malade, dont l'un de nous a déjà fait mention, toutes les fois qu'elle se trouve en présence

1. Krafft-Ebing, *Traité clinique de psychiatrie*, p. 543.

d'un objet de piété, surtout d'un Christ, au lieu de : « Je vous ai au cœur » qu'elle veut penser, pense : « Je vous ai au c... » Une de nos malades, jeune fille de treize ans, toutes les fois qu'elle veut prier, est assaillie par des pensées de ce genre : « Dieu ressemble à un âne », « Dieu, bête comme une oie ». Une autre jeune fille de seize ans est également obsédée, au moment de sa prière, par une idée impure, avec représentation visuelle d'un derrière, de la *nature* d'un homme, et tendance à dire, au lieu de : « Mon Dieu! je n'adore que Vous! — « J'adore ça. »

D'autres fois, les sujets sont poussés à se contredire, à dire juste le contraire de ce qu'ils pensent ou de ce qu'ils voudraient. RAGGI[1] et SÉGLAS[2] en rapportent chacun un curieux exemple. Nous ferons remarquer qu'on trouve un rudiment de cette particularité, en dehors de toute obsession proprement dite, chez beaucoup de neurasthéniques qui, comme le remarque justement LÖWENFELD[3], se plaignent de ne plus trouver leurs mots, de dire dans la conversation le mot opposé à celui qu'ils veulent et qui y voient avec appréhension l'indice d'un affaiblissement mental. Il est facile de se rendre compte que ce *contraste,* ce contraire a sa source dans une particularité curieuse du phénomène de l'association des idées qui, chez les sujets à automatisme cérébral prédominant, comme les obsédés, fait surgir juste

1. RAGGI, in Archivio italiano per le malattie nervose, 1887.
2. SÉGLAS, Loc. cit., p. 129.
3. LÖWENFELD, *Die Neurasthenie. Wiesbaden,* 1894.

l'image ou la pensée opposée à l'image ou à la pensée cherchée.

Idées obsédantes uniques, multiples, prédominantes et transformées. — L'idée obsédante, nous l'avons vu, peut se modifier et se transformer par une série d'évolutions successives. Ainsi que nous l'avons déjà dit à propos de la phobie systématisée, elle est rarement unique. Le plus souvent, plusieurs idées obsédantes coexistent, soit similaires, soit dissemblables, l'une d'elles étant plus ou moins prédominante.

Quelques caractères généraux des obsessions idéatives. — Les éléments morbides que nous venons d'étudier peuvent se grouper en proportions et dans des conditions variables suivant les cas, de façon à donner au syndrome obsession une physionomie différente. Il existe cependant quelques caractères d'ensemble sinon constants, au moins habituels.

D'une façon générale, les obsédés sont pris le matin, dès leur *réveil,* et ce passage de la vie onirique, accompagné le plus souvent de l'oubli momentané de leur torture morale, à la vie réelle qui la fait réapparaître instantanément, est chez beaucoup, comme chez nombre de neurasthéniques, le plus mauvais moment de la journée. D'autres, au contraire, dans un état supportable durant le jour, sont pris tous les *soirs,* à la tombée de la nuit, de paroxysmes angoissants.

Le sommeil est plus ou moins bon. Tantôt l'obsession n'a aucune répercussion sur lui; d'autres fois, elle a également lieu dans le *rêve,* soit qu'elle en tire son origine, soit qu'elle s'alimente et se renforce simplement en lui. Cette action du rêve sur l'obsession

et l'idée fixe s'exerce surtout chez les *hystériques*, sans qu'ils en aient souvent conscience à l'état de veille.

L'obsession se manifeste habituellement sous forme *paroxystique* et il est rare qu'elle soit tout à fait continue. En tout cas, dans l'intervalle des crises et même durant les crises, lorsqu'elles ne sont pas trop intenses, les sujets peuvent continuer de se livrer aux travaux de leur profession.

D'habitude ils *cachent* leur état d'âme et se concentrent en eux-mêmes, évitant d'en parler jusqu'à leurs plus proches. Ce n'est que lorsqu'ils sont à bout de lutter ou trop tourmentés qu'ils vont s'ouvrir au médecin, puisant dans cette confession, comme les neurasthéniques, un soulagement momentané.

Obsessions idéatives constitutionnelles et accidentelles. — L'obsession se présente également, comme la phobie, sous un aspect sensiblement différent suivant qu'elle appartient à la série constitutionnelle ou à la série accidentelle. Ainsi que nous le verrons ultérieurement, l'hérédité chargée, la précocité, la prédominance d'emblée de l'élément intellectuel, l'allure rémittente ou continue, la chronicité avec multiplicité ou modifications possibles de l'idée obsédante, appartiennent au type constitutionnel. L'hérédité moindre, surtout au point de vue vésanique, le début plus tardif, la prépondérance de la cause occasionnelle, la précession d'une phase de phobie, la persistance, à un degré marqué, des phénomènes émotionnels, l'allure toujours paroxystique, l'envahissement moindre de l'obsession, enfin la

curabilité plus grande appartiennent au type accidentel.

Lutte contre l'obsession. — Qui dit obsession, dit lutte. Ce qui différencie essentiellement, en effet, l'obsession du délire, c'est que, dans le premier état, la conscience se révolte contre l'invasion de la puissance étrangère qui tend à l'envahir et fait appel à la volonté pour la refouler ; tandis que, dans le second, l'idée délirante peut être pénible, suivant sa teneur, mais elle n'est pas un élément hétérogène, elle s'identifie à l'esprit par qui elle est acceptée dès lors, avec toutes ses déductions.

C'est cette révolte de l'individu contre l'idée parasite et son effort constant pour s'y soustraire qui a pu faire considérer l'obsession, au point de vue psychologique, comme une *maladie de la volonté*.

Il n'est pas absolument vrai de dire, comme on le croit généralement, que la volonté chez les obsédés est très amoindrie. Beaucoup, en effet, sont susceptibles de donner de par ailleurs des preuves d'une énergie peu commune et, d'autre part, c'est très réellement qu'ils combattent leur idée fixe.

Ils ne réussissent que rarement, il est vrai, à la repousser, mais cela ne prouve pas qu'ils n'aient pas déployé, pour y parvenir, un véritable effort. Cela prouve seulement que la tâche était au-dessus de leurs forces. On s'explique aisément d'ailleurs que la volonté la plus ferme ne puisse vaincre une obsession en l'attaquant ouvertement, en la combattant corps à corps. Le plus clair résultat de cette lutte, c'est, en effet, de concentrer davantage l'attention sur l'idée à chasser, par suite de la faire pénétrer plus profondé-

ment dans l'esprit. Comme dit Séglas[1], « toute idée que l'on discute tend, par ce fait même, à devenir plus nette dans la conscience, c'est-à-dire à accaparer un plus grand nombre d'éléments psychiques ». C'est ce que traduisent les malades quand ils disent que plus ils font effort pour chasser l'idée obsédante, plus elle s'impose tyranniquement à eux.

Il ne faut donc pas s'étonner si les obsédés ne parviennent que rarement à se débarrasser de leur idée fixe. Cela vient peut-être de l'insuffisance de leur volonté, de leur aboulie; mais cela vient surtout de ce que la volonté ne sert de rien dans ces conditions : l'idée obsédante étant un de ces ennemis dont on ne fait qu'accroître la force et l'audace en les combattant directement, ou plutôt un de ces coins qu'on ne fait qu'enfoncer plus profondément dans le cerveau, en frappant dessus.

On s'explique très bien, d'après cela, comment la lutte augmente d'autant les phénomènes d'émotivité pénible et comment à l'anxiété, à l'angoisse de se sentir envahi par une idée étrangère, se joint l'anxiété, l'angoisse de ne pouvoir la chasser. Il y a ainsi une double anxiété chez l'obsédé : une anxiété primitive, origine même de l'obsession, et une anxiété secondaire, celle qu'on appelle concomitante, résultant du conflit douloureux de la volonté contre cette idée.

On s'explique également très bien comment les obsédés, pour se débarrasser de leur sujétion, sont naturellement amenés à tourner la difficulté et à user d'une série d'artifices ingénieux, ruses de guerre

1. Séglas, Loc. cit., p. 123.

contre un adversaire plus fort, que nous étudierons plus loin avec quelques détails, en raison de leur intérêt, sous le nom de *moyens de défense* des obsédés.

Nous venons de voir que l'idée fixe, dans l'obsession, était une idée *parasite, irrésistible,* et que, s'imposant à la volonté révoltée, elle entraînait de la part de celle-ci une *lutte* qui ne faisait, le plus souvent, qu'accentuer l'*angoisse*.

Il nous faut maintenant dire un mot de l'état de *conscience* durant ces manifestations.

État de la conscience dans les crises d'obsession: dissociation, dédoublement. — Un des caractères le plus anciennement et le plus généralement attribués à l'obsession, c'est d'être *consciente* et c'est pour ce motif qu'elle a été tout d'abord rangée et décrite dans les folies dites avec conscience.

Toutefois, M. Séglas[1] s'élève contre cette opinion, au moins dans sa forme radicale, absolue. Il admet volontiers, et encore avec certaines réserves, que la conscience est complètement conservée *avant* et *après* le paroxysme de l'obsession, mais non *pendant*. « Qu'en dehors de la crise obsédante, les malades aient conscience, se rendent compte de la nature maladive de leurs impulsions et des conséquences qu'elles peuvent avoir, c'est généralement vrai ; mais c'est tout. Et lorsqu'on parle de la conservation de la conscience *pendant* la crise d'obsession, je ne crois pas qu'on puisse entendre par là que les obsédés aient la notion complète de tous les éléments psychiques

1. Séglas, Loc. cit., p. 139-147.

constituant à ce moment leur personnalité individuelle, en un mot qu'ils conservent leur conscience *personnelle*. C'est plutôt le contraire qui existe, de par la présence même de l'idée obsédante, constituée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle et même avec assez d'avantages pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois tout à fait pendant un instant, soit que le malade cède à son idée, soit que celle-ci revête une forme particulière ».

Et à l'appui, M. Séglas cite un certain nombre de cas dans lesquels les malades présentaient une altération plus ou moins grave de la conscience, depuis ceux qui ne distinguent plus s'ils ont ou non exécuté ce qu'ils redoutent jusqu'à ceux, comme la femme citée plus haut, dont la personnalité est perdue ou dédoublée.

L'un d'eux, un agoraphobe, s'exprime ainsi : « Au bout de quelques pas, il me semble que je me dédouble. Je perds la conscience (*sic*) de mon corps qui est comme en avant de moi. Je marche, j'ai bien conscience que je *dois* marcher, mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que c'est bien moi qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi et souvent il me faut interpeller un passant, entrer dans un magasin pour parler, demander quelque chose, afin de me donner une nouvelle preuve que je suis réellement bien moi. »

Un autre, « un enfant d'une douzaine d'années, atteint d'obsessions à forme constitutionnelle, notam-

ment d'obsession du doute et du toucher, offre des phénomènes analogues ». Parfois, en se promenant, comme il restait en arrière de son précepteur, celui-ci le rappelait vers lui. L'enfant accourait aussitôt ; et après l'avoir rejoint, tout à coup il s'écriait qu'on l'avait abandonné, laissé en arrière, qu'il fallait retourner le chercher, qu'il était perdu. Et il fallait longtemps au précepteur stupéfait pour le rassurer, lui persuader qu'il n'en était rien et que cet abandon n'avait jamais eu lieu. Une autre fois, voyant passer une voiture cellulaire, il aperçut le garde municipal à la lucarne. La voiture passée, le voilà pris soudain d'une grande peur, craignant d'avoir été emmené par le garde qui l'aurait regardé en passant.

Un dernier malade enfin, lorsqu'il va dans une direction déterminée, s'aperçoit au bout d'un assez long chemin « qu'il a marché automatiquement sans avoir pu saisir la transition première de la marche voulue à la marche automatique ». Le voilà alors pris d'angoisse : « Je me dis tout à coup, raconte-t-il : Mais est-ce que c'est bien moi qui suis ici ? Est-ce bien moi qui marche ? Et alors je fais des efforts inouïs d'appliquer *ma conscience à cette inconscience* (*sic*) pour me rendre bien compte que je fais les mouvements de la marche. Si bien qu'à un moment, pendant cette sorte de crise, avant la certitude absolue, *je suis conscient d'un côté que je suis inconscient de l'autre* » (*sic*).

D'où M. Séglas conclut que la conservation de la conscience dans l'obsession est toute relative ; que l'obsession implique une synthèse psychique secondaire, automatique, à côté de la principale, c'est-à-

dire un commencement de désagrégation, de dissociation du moi.

Il est certain qu'en principe M. Séglas a raison et on doit lui savoir gré d'avoir, avec M. P. Janet, appelé l'attention sur ces phénomènes d'altération psychique dans l'obsession. Mais la question est délicate et prête à la discussion. Tout dépend, en effet, de ce que l'on entend par *conscience*. Si on l'entend, avec M. Séglas et M. P. Janet, au point de vue psychologique, comme la notion de l'unité de l'être, assurément la conscience n'est pas absolue dans la crise d'obsession qui est une tendance à la dissociation de la personnalité. On trouvera dans plusieurs des observations de ce volume cet état de fragmentation, de perte de la personnalité, notamment dans l'observation XXVIII où le malade ne pouvant s'assurer qu'il agit et qu'il pense, en arrive à ne plus savoir s'il vit et est obligé de le demander. Au reste, cette désagrégation du *moi* se retrouve très fréquemment, avec les mêmes caractères et à des degrés variables, soit dans la neurasthénie, soit dans la névrose d'angoisse qui ont avec l'obsession les rapports étroits que l'on sait. Mais *conscience* et *personnalité* sont-ce deux choses identiques ? Nous ne le pensons pas. Dès lors, si on entend le mot conscience au point de vue clinique, en tant que perception exacte des phénomènes psychiques éprouvés, il est évident que, sauf de très rares exceptions, la conscience est conservée dans l'obsession. Les faits connus de tous, dans lesquels les malades s'observent et s'étudient en pleine crise, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard et nous savons qu'ils

sont d'accord pour accuser cette sensation de dédoublement, de dépersonnalisation, qui est bien la dominante de leur état mental à ce moment. Or, s'ils constatent ce dédoublement, cette dépersonnalisation, s'ils les analysent si correctement et si finement, c'est qu'ils en ont *conscience,* ou alors les mots perdent leur valeur.

Les exemples démontrant la conservation de la conscience dans les obsessions sont, nous l'avons dit, des plus communs. Nous citerons seulement ici les suivants :

Observation XXVI. — *Obsession génitale*; *sensation de dédoublement de la personnalité.* — Mme L..., trente-quatre ans, est atteinte de neurasthénie constitutionnelle avec stigmates. Elle présente une obsession génito-urinaire angoissante et chronique accompagnée de sensation de cuisson au clitoris et au méat. Le symptôme principal de son obsession est la crainte d'être obligée de regarder les organes sexuels des hommes, femmes, animaux qu'elle rencontre, d'y porter les yeux malgré elle. Cela la torture au plus haut point, parce que c'est tout à fait contraire à ses sentiments, à sa pudeur, à sa frigidité génésique. Parfois, l'obsession est telle, qu'elle est obligée de céder et de regarder. Sa pensée est toujours portée là-dessus et avec une telle intensité qu'elle a l'évocation comme hallucinatoire de scènes lubriques avec organes sexuels, surtout mâles, accouplements, etc. Elle cherche en vain à penser à autre chose. « C'est alors, dit-elle, une idée qui se lutte l'une contre l'autre. L'idée qui s'impose et l'idée que je m'impose combattent entre elles. J'ai dans le cerveau le pour et le contre. »

Observation XXVII. — *Timidité obsédante avec sensation de dédoublement.* — M. D..., quarante-six ans, est un

lettré philosophe des plus distingués qui nous a écrit des pages pleines d'intérêt sur son état psychique, sorte d'obsession chronique de la timidité, se traduisant surtout par la peur anxieuse de s'arrêter court au milieu de ses phrases ou de ne pouvoir prendre une attitude aimable dans ses rapports de société. « Dire bonjour à quelqu'un, écrit-il, et lui serrer la main en le quittant m'occasionnaient de véritables angoisses. » — « Qu'est-ce que la personne à qui je dois serrer la main avec un sourire aimable penserait de moi si ce sourire n'était pas aimable, si je ne pouvais pas sourire? » — « Cette réflexion devint une véritable obsession. Durant des heures, des jours entiers, je pensais avec angoisse au moment où je devais dire adieu à quelqu'un. J'inventai mille moyens pous dissimuler mon état. Par exemple, je buvais avant de faire des visites, je prétextais un mal de dents ou je montais en courant l'escalier de façon à être essoufflé. Mais, pour peu qu'il fallût attendre, l'essoufflement était parti ; j'étais alors doublement gêné et l'on me regardait d'un air surpris ou blessé. Car je ne pouvais sourire. J'avais beau étudier un sourire artificiel devant la glace comme les acteurs ; au moment décisif, il ratait. Ma figure se contractait légèrement, les coins de la bouche s'abaissaient, je me sentais ridicule, et après, j'étais attristé pendant des heures et des jours... » « Lire, dans les journaux, que Guillaume ou Président de la République ont dû, en recevant leurs invités, sourire 500 ou 1000 fois m'occasionne quelquefois une véritable angoisse. J'accomplirais bien plus facilement les travaux d'Hercule que cela. Ils sont reçus par des députations innombrables, tous les regards se fixent sur eux, observent leurs moindres mouvements et ils sourient, ils plaisantent, ils s'amusent quand même. De quelle pâte sont-ils donc faits? Voilà ce que je me disais et ce que je me dis encore, mais autrefois bien

plus souvent que maintenant où je suis résigné à garder mon mal (qui me paraît moins terrible et partant a diminué), jusqu'à la tombe. » Et le malade insiste beaucoup, dans tous ses écrits, sur ce fait que, dans son obsession, il se sent tiraillé en sens contraire par deux idées, deux forces opposées qu'il appelle la *volonté* et la *contre-volonté*. Il a même constaté qu'à ce moment il avait de véritables objectivations hallucinatoires, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Observation XXVIII. — *Obsession du doute de sa pensée et de son existence. Dissociation et dédoublement de la personnalité.* — En mai 1897, M. D..., 50 ans, employé de commerce, célibataire, se présentait à notre consultation parce que, depuis quelque temps, il avait des « complications d'idées ». Son père était vif, emporté. Il est mort à 66 ans de diabète. Sa mère, morte à 81 ans, de catarrhe bronchique, n'avait présenté aucun phénomène nerveux. A eu un frère très buveur, en proie à des hallucinations et mort à 62 ans de cirrhose atrophique. Sa sœur, qui l'accompagne, est bien portante. Cependant elle est sujette à des migraines et comme elle nous l'a appris plus tard, dès l'âge de 15 ou 16 ans, elle avait une série de « manies », dit-elle, ou plutôt de « superstitions ». Pour se mettre en marche, elle devait toujours partir du pied droit, faire sa prière au même endroit dans sa chambre : si elle touchait un objet en pensant qu'il pourrait lui arriver malheur, elle était obligée d'en toucher un autre. Cela a duré 4 ou 5 ans. Elle a eu également des crises de nerfs.

Dans son adolescence, notre malade n'a jamais eu de ces idées fixes qui l'occupent aujourd'hui. Tout au plus, a-t-il eu, comme sa sœur, quelques petites « manies », comme il les appelle. Il aimait marcher sur les interstices des pavés, de manière à faire une croix. Il était porté à toucher les murs cimentés, etc.

D... a fait des excès de boisson (absinthe, petits verres, etc.). Il y a un an sont survenus des troubles gastriques avec état vertigineux suivis de battements de cœur et finalement la sensation, se renouvelant tous les matins, de l'inexistence de son corps et de l'impossibilité de se détacher du lit. C'était comme un « cauchemar éveillé » le remplissant d'angoisse.

C'est dans ces conditions que sont nées « ses complications d'idées ».

Il est poussé depuis deux mois à chercher si réellement il pense et à quoi il peut reconnaître qu'il pense.

Si une idée a traversé son cerveau sans qu'il en ait conscience, il reporte son attention en arrière pour savoir quelle était cette idée qui a pu ainsi lui échapper. Il se préoccupe, en un mot, de la continuité de sa pensée. Et ce qui lui est pénible, ce qui le met dans un état d'angoisse excessive, c'est d'avoir bien pu rester un certain temps sans pensée, qu'il y ait eu, comme il le dit, « un temps d'arrêt dans ses idées ». Ces recherches angoissantes se reproduisent tous les jours. Puis une nuit il se réveille tout à coup et se demande : « Est-ce que je pense ? » Ne se sentant pas penser, il se dit : « Puisque rien ne prouve que je pense, je ne puis pas savoir si j'existe. » Il détruisait ainsi le fameux aphorisme de Descartes : « Je pense, donc je suis. » Depuis, ces torturantes préoccupations ne l'ont pas quitté ; elles lui rendent la vie insupportable. « Il vaudrait mieux être mort que d'être ainsi. »

Ces doutes sur l'existence de sa pensée et par suite sur son existence réelle sont devenus une obsession des plus pénibles pour notre malade. Ce n'est qu'après force raisonnements qu'il peut arriver à une vague conception de son existence, mais aussitôt survient un autre raisonnement qui détruit la preuve cherchée.

Il a par déduction une idée vague qu'il existe. Il se « substitue, dit-il, à l'état de celui qui ne pense pas et

alors il voit qu'il pense ». Il contrôle aussi le fonctionnement de ses viscères pour savoir s'il vit. Pour venir à la consultation, « il a dû mettre en déroute tous ses raisonnements et obéir à la machine humaine ».

L'examen du malade révèle les faits suivants. C'est un homme de haute taille qui autrefois a dû être vigoureux, mais il a les traits fatigués, l'air préoccupé. L'œil est brillant, intelligent. Il dit avoir maigri notablement depuis qu'il éprouve ces troubles obsédants.

Il souffre de la tête, plus particulièrement de la région occipitale. On remarque un tremblement notable de la langue et des doigts. Les réflexes sont normaux ; la sensibilité générale un peu diminuée. L'appétit est médiocre, le malade est obligé de se raisonner pour manger. Il a de la constipation. Pendant le sommeil il n'est pas poursuivi par ses idées. Mais avant de s'endormir, chaque soir, il a des visions de personnages inconnus qui défilent devant lui. Ils lui apparaissent sous un aspect très vague. Quelquefois, dit-il, il les voit converser entre eux et il entend même certaines phrases. Il se rend bien compte que ces phénomènes n'existent que dans son esprit. Au réveil, il a la sensation qu'il vient de naître, qu'il sort d'un évanouissement.

Sa mémoire est assez bonne ; ses goûts ont changé. La musique, qui était une de ses distractions les plus agréables, lui est devenue insupportable. D'ailleurs, rien ne l'intéresse plus et il vit dans l'inaction, le désœuvrement le plus complet, dominé uniquement par ses pensées.

Son obsession le gagne toujours de plus en plus : « Je parle, je marche, donc je vis. Si je vis, je parle, je marche, donc je pense. »

Il lui est arrivé plusieurs fois d'aller réveiller sa sœur la nuit et de lui poser la question suivante : « Je te parle, donc je vis ? » Il se sent obligé de penser par force pour bien se prouver qu'il existe. Il pourrait à la rigueur se

distraire, mais il souffre de cette distraction parce qu'il lui semble qu'il n'a pas fait « la quantité suffisante de raisonnements pour la vie ».

Il recherche les pensées abstraites, car elles sont pour lui une preuve bien plus évidente de sa pensée, puisqu'elles ne sont pas fondées sur des sensations.

Chacun de ses échafaudages de syllogismes est accompagné d'une crise d'angoisse avec bouffées de chaleur, sueurs, palpitations de cœur, sensation de constriction épigastrique.

A la suite de ses visites au médecin, il devient un peu plus calme. Mais l'effet ne dure pas. D'ailleurs, même derrière le calme, il sent qu'il a toujours « des idées, des paquets d'idées ». Il n'a plus de satisfaction en s'assurant qu'il vit. Il éprouve même une répulsion pour toutes les actions qui prouvent la vie. Pendant qu'il est avec nous, un orgue vient à jouer sur la porte, il l'entend. « J'entends, donc je pense, donc je suis : mais est-ce que je suis sûr de penser ? »

D'ailleurs, il n'a pas conscience si son « moi actuel est le même que son moi de jadis ». Néanmoins, quand il ne pense plus à toutes ces idées, il lui semble qu'il est dédoublé et qu'il revient à sa « vie ancienne ».

Dans la suite, malgré tous ses efforts pour se débarrasser de cette obsession, l'état ne s'est pas amélioré. La démonstration de son existence demande certains raisonnements, mais l'esprit du malade ne reste pas satisfait, car le terrible doute renaît malgré lui et plus l'esprit s'applique sur ce point, plus l'angoisse augmente. Un raisonnement en amène un autre de sens contraire et celui-ci une multitude, jusqu'à ce qu'enfin l'angoisse étant à son maximum, le malade sente un vide se faire dans son crâne et comme il le dit : « ses idées se volatilisent » et c'est à ces moments qu'il se croit sur le point de devenir fou.

Il existe chez lui quelques moments où la tranquillité d'esprit tend à revenir ; mais, hélas ! ils sont de bien courte durée.

Un jour, il voulut se remettre au piano qu'il avait beaucoup aimé avant sa maladie ; une fois même, nous dit sa sœur, il composa une valse. Mais ordinairement, loin de le distraire de ses idées, la musique ne fait que provoquer de nouvelles angoisses. En effet, pendant qu'il joue du piano, que devient sa pensée ? Il ne pense pas, ses raisonnements ne lui ont pas prouvé qu'il pensait, etc.

Ses moyens de défense sont les nombreux raisonnements qu'il se fait pour se convaincre qu'il existe réellement et que ses doutes sont absurdes. Mais ils n'aboutissent guère. Ainsi, la preuve : c'est qu'il sent, qu'il entend, qu'il marche et sa pensée accompagne bien tous ses actes, mais non constamment, et il lui arrive d'avoir fait des actes automatiquement ; par conséquent « sa pensée a subi des interruptions ». Il n'a pas toujours eu dans son esprit l'idée continuelle qu'il existait et alors ses doutes recommencent.

Plus il fait de calculs, plus l'obsession augmente.

Pour se convaincre qu'il existe, il lui arrive la nuit de se tâter le pouls. Puisqu'il sent des pulsations, c'est qu'il existe réellement. Mais l'acte par lequel il a porté la main droite sur la main gauche, afin d'y sentir le pouls, n'est-ce pas un acte dont tout le fonctionnement n'a pas été présent à sa pensée ? Et tous ces procédés qu'il emploie pour s'assurer qu'il pense, qu'il existe, ne font que renforcer et redoubler son état anxieux.

C'est donc en vain qu'il cherche à se prouver qu'il vit en s'examinant marcher, en tâtant son pouls, en contrôlant les sensations de sa vue et de son ouïe. Il n'arrive pas à se convaincre que tout cela est vrai.

Pour donner une idée plus exacte de l'état du malade et de ses syllogismes angoissants, nous transcrirons ici

une note que nous remit sa sœur, devenue pour lui l'Antigone la plus patiente et la plus dévouée :

« Je cherche, dit-il, le mécanisme de la pensée. Je parle pour m'assurer que je puis parler. Si je pense à marcher, alors je vis. Il me semble que je ne vis pas, je ne m'entends pas parler, je ne me sens pas. Si je ne pense pas, c'est que je ne vis pas, si je ne vis pas, alors je ne dois pas manger. Je préférerais être fou que de ne pas savoir si je pense et si je vis. »

Hier matin il me dit : « Pour le lever, il faut que je pense que je vis ; pour constater que je vis, il faut que je pense et comment constater que je pense ? Et pourtant c'est ça ! »

Il veut que j'écoute ses raisonnements pour se prouver qu'il vit et qu'il pense et cela toutes les cinq minutes, depuis le matin jusqu'au soir. C'est à me rendre folle moi-même. Quelle marche suivre, dois-je abonder dans son sens ou le contredire ?

Il veut se prouver qu'il vit et qu'il pense et de là ses calculs à perte de vue, et comme il n'arrive pas à se prouver ce qu'il désire, il souffre comme un malheureux ».

D... a un mauvais état général ; il souffre notamment de l'estomac : il lui semble que son estomac rentre en lui-même. Il se sent faible, abattu ; il est pâle et s'amaigrit. On a essayé pour lui presque toutes les ressources de la thérapeutique : toniques, calmants, hydrothérapie, galvanisation cérébrale, pilules de cérébrine, d'orchitine. On lui a fait pendant un mois, presque chaque jour, des injections de 8 à 10 centimètres cubes de sérum artificiel. L'état ne s'est pas amélioré. Nous avons pratiqué alors une série d'essais d'hypnose. Nous avons employé tous les procédés possibles pour provoquer le sommeil : fixation du regard, d'un objet brillant, frictions oculaires, passes, suggestions verbales, etc. Nous nous sommes aidés

deux fois de la chloroformisation. Le malade s'est toujours montré très réfractaire. Tout au plus, par instants, semblait-il plongé dans une légère somnolence ; mais il se réveillait spontanément sans avoir d'anesthésie, de contracture, sans la moindre amnésie. Enfin au bout de dix séances, D... mettant toute sa bonne volonté pour arriver au sommeil, nous lui conseillons de s'entraîner personnellement à fixer un objet brillant : une bougie, une glace, chez lui chaque jour, jusqu'à ce qu'il sente le sommeil le prendre.

Après une quinzaine de jours, nous recommençons nos tentatives d'hypnose, mais sans succès. D... est désespéré et déclare que, malgré son désir, il lui est impossible d'arriver à concentrer son attention sur un point quelconque et à s'endormir.

Pour essayer de faire une diversion salutaire, nous envoyons D... passer quelques semaines dans son pays natal. Il y a été ce qu'il était ici. La seconde ou la troisième nuit, raisonnant comme d'habitude sur l'objet de ses doutes, il lui est venu l'idée qu'il vivait peut-être, mais sous la terre. Cette idée s'est depuis fixée dans son esprit comme « obsession — déduction » et aujourd'hui, c'est elle qui le domine. Il ne peut arriver à se convaincre qu'il n'est pas sous terre. Hier (25 mars 1898) passant cours Victor-Hugo, il a cru qu'il était sous terre, et qu'étant sous terre, il s'imaginait être cours Victor-Hugo. La personnalité fictive créée par son obsession apparaissait donc à sa conscience comme la réelle et la personnalité réelle comme la fictive. Ici, la conscience était réellement entamée, mais momentanément et incomplètement.

Le malade s'enfonçant de plus en plus ainsi dans les calculs psychiques, en arriva à tomber rapidement dans une crise de névrose d'angoisse aiguë, toujours lucide et obsédé, mais manifestant froidement l'intention, s'il ne guérissait pas, de recourir au suicide.

On dut le placer dans une maison de santé de nerveux où, exécutant ce qu'il avait annoncé, il se suicida au bout de quelques jours.

Il nous semble impossible de contester que des malades qui s'expriment d'une façon aussi nette et aussi précise sur les phénomènes de leur crise obsédante en aient la pleine et entière conscience.

Il est des cas cependant, et M. SÉGLAS a eu raison de les bien mettre en lumière, où les obsédés n'ont plus une notion exacte de ce qui se passe dans leur accès. Il s'agit surtout, dans ces cas, d'obsession à forme intellectuelle et particulièrement de *doute*. Tel sujet, par exemple, hanté par la peur de tuer quelqu'un, de commettre un vol, un attentat à la pudeur, finira par ne plus s'y reconnaître et par ne plus savoir s'il a exécuté ou non l'acte redouté. Mais, même dans ces cas, la conscience n'est pas, semble-t-il, sérieusement entamée, car derrière ce doute il reste encore une analyse et une appréciation très judicieuses de l'état psychique.

Division et classement des obsessions idéatives. — On a depuis longtemps distingué et décrit à part quelques-unes des obsessions idéatives, par exemple : *la folie du doute avec délire du toucher* (J. FALRET, MOREL, LEGRAND DU SAULLE) ; *la maladie du scrupule* (P. JANET) ; l'*onomatomanie* (CHARCOT et MAGNAN), etc., etc. Ces descriptions isolées, qui ont le mérite de faire ressortir dans tous leurs détails les particularités cliniques d'une obsession idéative ont, par conséquent, leur raison d'être et leur intérêt ; mais à la double condition qu'on n'en fasse pas des maladies distinctes

et qu'on ne leur applique pas une dénomination susceptible d'induire en erreur à ce point de vue, comme *folie du doute avec délire du toucher* (il ne s'agit là ni de *folie* ni de *délire*), ou *maladie du scrupule* (il ne s'agit pas là d'une *maladie spéciale*).

En réalité, toutes les obsessions idéatives, quelles qu'elles soient, représentent de simples variétés d'une seule et même maladie, dans laquelle l'idée, variable et changeante d'ailleurs, n'est que la traduction intellectuelle, le revêtement extérieur de l'anxiété psychique. Et même, lorsqu'on examine les choses de près, on s'aperçoit que la plupart des idées qu'on observe dans les obsessions ne sont, avec toutes les variantes que comporte la pensée humaine, que des idées d'hésitation, de perplexité, pour tout dire en un mot *de doute* ; si bien qu'on peut dire, sans crainte de se tromper, que le *doute anxieux* est à la base de la plupart, sinon de toutes les obsessions.

Il n'y a donc pas lieu, pensons-nous, de consacrer ici un chapitre distinct à chaque obsession idéative, les caractères généraux que nous venons d'indiquer s'appliquant exactement à chacune d'elles. Peut-être pourrait-on, comme nous l'avons fait pour les phobies, et simplement en vue de la commodité de l'étude, établir parmi elles une sorte de classement ou de division par analogies d'idées morbides, et admettre, par exemple : les obsessions du doute proprement dit ; les obsessions du scrupule ; les obsessions du mot, du chiffre, du langage ; les obsessions du sentiment ; les obsessions nosophobiques, etc., etc.

Il nous suffit d'avoir signalé ce point. Aussi, sans insister davantage, donnerons-nous ici quelques obser-

vations, se rapportant aux principales variétés idéatives que nous venons d'énumérer. On y verra en même temps et les similitudes de fond et les différences de détail.

Observations cliniques. — Observation XXIX. — *Obsession idéative; crainte de souiller les eaux baptismales.* — M. l'abbé X... est un homme grand, rouge, chauve, marquant au moins 65 ans bien qu'il n'en ait que 55. Il a perdu ses parents très jeune et ne sait pas s'ils ont présenté des troubles de l'esprit.

A 12 ans il a commencé à avoir des scrupules sur la chasteté et bien qu'il ne se soit jamais livré à des pratiques répréhensibles, ces scrupules obsédants l'ont tourmenté jusqu'au moment de son ordination qui eut lieu à 31 ans.

Après son ordination, il fut obsédé par la crainte que la cérémonie n'ait pas été régulièrement faite. Il se demandait si on n'avait omis aucun des détails essentiels exigés par la liturgie; s'il avait bien le droit de dire la messe, de donner les sacrements, etc., etc. Par suite la peur de ne pas accomplir congrument les divers actes de son ministère se fixa dans son esprit. Après avoir présidé à un mariage il se demandait anxieusement s'il avait posé aux époux les questions réglementaires, si ceux-ci y avaient répondu comme il convient, s'il ne s'était pas mépris sur le sens de leurs réponses, si leur mariage était régulier, etc.

A 40 ans, ces craintes devinrent beaucoup plus obsédantes. Elles se localisèrent sur la question des eaux baptismales. Pour que le baptême soit valable, se dit le malade, il faut que l'eau soit pure. Si elle est corrompue par des immondices, elle ne doit plus pouvoir servir à la cérémonie. Or l'eau baptismale est incessamment soumise

à des causes de souillures, et si elle est souillée, le baptême auquel on l'emploie ne peut plus être valable. Cette idée tourmente constamment le malheureux ecclésiastique. Pour éviter l'angoisse qui en est l'effet, l'abbé X... a renoncé depuis 15 ans à baptiser des enfants, mais l'idée le poursuit quand même. Elle le torture tellement qu'il cherche toujours à s'éclairer sur la question qui le préoccupe. Il écrit aux théologiens en renom pour leur demander si l'eau corrompue peut servir au baptême. Ceux-ci lui répondent que tant que l'eau reste eau elle est utilisable pour le sacrement. Mais cela ne le satisfait pas. Quand l'eau commence-t-elle à ne plus être de l'eau? Quand la corruption en altère-t-elle les propriétés fondamentales? Voilà ce qui le préoccupe, ce qui l'obsède. Il y pense sans cesse.

Dans la vie ordinaire M. X... est timide, impressionnable, émotif. Il croit qu'il va être atteint de toutes les maladies dont il entend parler. S'il va voir un pneumonique ou un typhique, il rentre chez lui avec la conviction qu'il aura lui aussi une pneumonie ou une fièvre typhoïde, mais cela ne l'alarme pas, et les jours suivants, quand il s'aperçoit qu'il reste bien portant, il ne songe plus à ce genre de craintes.

En somme il est surtout obsédé par l'appréhension de mal faire des choses dont l'exécution défectueuse pourrait nuire à son prochain. Il ne craint pas pour lui-même, mais pour les autres. Si ses préoccupations se localisent sur la question des eaux baptismales, c'est parce que le baptême est un sacrement essentiel. Il se dit donc que si par son imprudence il venait à souiller des eaux qui serviraient ensuite à baptiser des enfants, ceux-ci pourraient ne pas être régulièrement baptisés alors qu'on croirait qu'ils le sont, ce qui compromettrait leur vie éternelle! Aussi a-t-il toujours peur de toucher des objets sales, car s'il a renoncé à pratiquer lui-même des

baptêmes, il n'a pas cessé d'exercer son ministère sacerdotal : il va à l'église, il touche les objets du culte, il change de vêtements dans la sacristie. Il pourrait donc ainsi répandre autour de lui des impuretés qui souilleraient les eaux baptismales. Pour éviter ce malheur, il prend des soins de propreté méticuleuse. Le matin, il passe de deux à quatre heures à sa toilette, lavant minutieusement toutes les parties de son corps. Dans la rue il fait perpétuellement attention à ne pas marcher sur des immondices, à ne pas frôler des objets sales. Il répugne à toucher des boutons de portes, des pièces de monnaie, des chandeliers qui pourraient avoir été antérieurement touchés par des personnes malpropres. Il ne touche jamais les animaux domestiques. S'il vient à être accidentellement frôlé par un chien ou par un cheval, il va aussitôt brosser ses vêtements et se laver vingt fois les mains. S'il aperçoit sur sa soutane un brin de poussière, il le repousse avec les mains et comme il ne lui est pas toujours possible de laver immédiatement ses mains, il les frotte l'une contre l'autre à sec pour en assurer la propreté : non pas qu'il ait peur des poussières en tant que poussières, mais parce qu'il craint que ces poussières adhérentes à ses mains aillent ensuite souiller et corrompre les eaux baptismales.

Il dit la messe sans inquiétude, touche les vases sacrés sans crainte de les souiller. Il ne se préoccupe pas, non plus, de la pureté des eaux qui servent à son alimentation. Il rêve peu et ne rêve jamais à ses idées obsédantes. Les distractions le détachent un peu de ses préoccupations maladives. Quand il est en voyage ou occupé, il ne songe presque pas aux eaux baptismales. Inversement quand il n'a rien à faire il y pense sans cesse et passe tout son temps à se laver ou à brosser ses vêtements. Il comprend cependant combien ses préoccupations sont mal fondées, mais il ne peut résister à l'angoisse qu'elles

lui occasionnent. « J'ai deux moi, nous dit-il, l'un malade qui rumine perpétuellement les mêmes pensées angoissantes, l'autre sain qui voudrait repousser les suggestions du premier mais qui n'y peut réussir. »

Observation XXX. — *Obsession idéative.* — *Peur de faire saigner le cœur de Jésus.* — Mme X..., 28 ans. Père et mère sains de corps et d'esprit. Une tante hystérique, dévote à l'excès. Une cousine du côté maternel sujette à des idées fixes, obsédantes.

Mariée à 21 ans, Mme X... a eu un enfant actuellement âgé de 4 ans. Elle n'en a pas voulu d'autres. Il y a deux ans, sa tante lui fit, en termes violents, des remontrances à ce sujet. Elle lui exposa qu'une honnête femme devait ne rien faire pour éviter de devenir enceinte, qu'elle commettait une grosse faute en restreignant volontairement sa descendance, que Dieu la punirait, etc. Mme X... fut très émue de ces observations, y pensa beaucoup, mais ne changea rien à sa vie conjugale.

Il y a quatre mois, elle commença à avoir des « idées fixes ». Elle se figura qu'elle outrageait Dieu dans une foule de circonstances banales de la vie, par exemple que quand elle marchait dans la rue elle marchait sur le corps de Dieu.

Un mois plus tard elle fit un rêve qui l'émut profondément. Elle vit dans un songe un cœur percé d'une flèche, d'où s'écoulait un flot de sang. Ce cœur c'était à n'en pas douter le cœur de Jésus. Depuis lors elle est poursuivie par la pensée angoissante qu'elle pourrait bien le piquer, le couper, même sans le vouloir, et en faire couler le sang précieux.

Constamment elle est obsédée par l'image de ce cœur saignant. Elle ne peut plus coudre sans penser que chaque coup d'aiguille s'enfonce dans ce cœur de Jésus et en fait couler le sang; elle n'ose déchirer du papier ou de la toile sans voir aussitôt le cœur de Jésus déchiré et saignant

par sa faute; si elle coupe du pain elle croit que le couteau pénètre dans le cœur de Jésus : si elle se déplace elle craint de marcher sur le cœur de Jésus ; quand elle mâche ses aliments elle a peur de broyer entre ses dents le cœur de Jésus.

Cette phobie la poursuit partout, dans tous les actes de la vie. Elle comprend l'absurdité de son idée fixe mais elle ne peut pas la chasser. Elle la trouve si bête qu'elle a peur de devenir folle. Elle a même pensé à se suicider, mais le souci de ses devoirs religieux et l'amour de son enfant l'ont retenue jusqu'à présent. Sa santé générale est parfaite.

Observation XXXI. — *Obsession idéative.— Peur de ne plus savoir parler.*— Mlle X..., 26 ans. Père lypémaniaque ; mère scrupuleuse ; grand-mère maternelle morte aliénée.

Mlle X... est une charmante jeune fille, grande, brune, distinguée, aimable. Elle a toujours été un peu inquiète, timide, scrupuleuse, se préoccupant outre mesure pour des futilités.

A 16 ans, sans qu'on sache ce qui a pu donner naissance à cette idée bizarre, elle commença à être obsédée par la crainte de ne plus savoir parler, c'est-à-dire de ne plus savoir exprimer congrument ses pensées dans les diverses circonstances de la vie. Cela la rendit très malheureuse pendant trois ans, puis l'obsession s'apaisa et pendant six ans il n'en fut plus question.

A 22 ans (il y a de cela quatre ans), Mlle X... fut très affligée par le mariage d'une de ses sœurs qu'elle aimait beaucoup, mariage qui l'obligea à se séparer d'elle. Elle devint triste, inquiète, émotive, et presque aussitôt après la crainte obsédante de ne plus savoir parler reparut plus violente et plus angoissante encore que par le passé. La malade n'a pas la peur de devenir aphone ou muette, elle craint de ne pas savoir dire au moment opportun ce qu'il conviendrait de dire, ce qu'elle voudrait dire. Par

exemple, quand elle va dans un magasin, elle a peur de ne pas savoir demander l'objet qu'elle désire acheter; quand elle va rendre une visite, elle est tourmentée par la crainte de rester bouche bée, comme une bête, de ne pas savoir répondre aux questions qu'on lui posera. Cette crainte l'obsède et l'affole. En réalité rien ne la justifie, car Mlle X... parle très bien, sans la moindre difficulté d'articulation, sans la moindre hésitation dans le choix des mots.

Elle emploie fort à propos les formules de la politesse la plus raffinée.

Bref, elle ne présente et n'a jamais présenté aucun trouble du langage. Elle se plaint d'un peu de céphalée en casque qui augmente d'intensité quand l'obsession devient plus tyrannique. Elle a aussi un peu de dyspepsie flatulente.



Le sommeil est bon mais les réveils sont presque toujours pénibles, angoissés, immédiatement suivis de l'apparition de l'idée fixe obsédante.

Observation XXXII. — *Obsession idéative. Rumination angoissante de trois phrases banales.* — Mlle X..., 29 ans, professeur de dessin et de peinture.

Père mort tout récemment d'une maladie de cœur. Mère raisonnable, au moins en apparence, mais atteinte depuis sa jeunesse de phobie des allumettes. Elle tressaille malgré elle quand on frotte une allumette sur un corps dur devant elle. Quand elle en allume une, elle regarde avec soin ses vêtements et ses doigts pour bien s'assurer qu'il n'est pas tombé de fragment de soufre ou de phosphore sur eux.

Mlle X... a joui dans son enfance d'une bonne santé. Elle a eu d'assez fortes préoccupations scrupuleuses à l'époque de sa première communion. Elle a dû se livrer beaucoup à la masturbation à partir de 16 ans, car sa mère, s'en étant aperçue, lui a fait à maintes reprises

des remontrances à ce sujet ; elle s'y livre probablement encore aujourd'hui, car lorsqu'on fait allusion à ses habitudes elle n'en paraît pas le moins du monde offusquée et se borne à répondre : « Oh ! ce n'est pas cela qui a pu me rendre malade ». Elle n'a jamais eu d'aventures amoureuses, ni d'attaques de nerfs, ni de troubles sérieux de la menstruation.

M[lle] X... est intelligente, instruite et a un fort joli talent de peintre. Les obsessions dont elle est tourmentée et pour lesquelles elle vient nous consulter datent de trois mois. Voici comment elles ont débuté : en septembre 1895, M[lle] X... avait été invitée par une de ses amies à aller passer quelques semaines des vacances à la campagne. Ce projet ne put se réaliser. M[lle] X... en fut très contrariée. Elle devint sombre, agacée, émotive et commença à chercher, malgré elle, à analyser ses sentiments, à se demander si elle n'avait pas prononcé des paroles compromettantes, à se préoccuper des conséquences possibles de toutes ses actions.

Sur ces entrefaites, la sous-préfète de la petite ville qu'habitait M[lle] X... assista à une soirée donnée par des gens peu estimés dans le pays. On en parla beaucoup. Un groupe de dames dit même devant M[lle] X... que la sous-préfète aurait mieux fait de rester chez elle. Ce propos impressionna vivement la malade. Pourquoi ? elle n'en sait rien. Quoi qu'il en soit, depuis ce moment elle ne cesse de penser à ce qu'elle a entendu dire de la sous-préfète et les trois propositions suivantes se présentent perpétuellement à son esprit :

1° Ces dames sont tripotières ;

2° Il y en a de plus tripotières que moi ;

3° La sous-préfète aurait mieux fait de rester chez elle.

Et elle cherche anxieusement à « harmoniser ces trois propositions, à les retourner deux par deux, trois par trois, à en extraire tous les sentiments qu'elles contien-

nent, tous ceux qu'elles peuvent faire naître ». Cela l'obsède le jour ; cela l'empêche de fermer l'œil la nuit. Elle ne peut plus donner ses leçons, car au lieu de s'occuper de ses élèves, elle songe « que ces dames sont tripotières..., etc. ». La nuit, cela l'agace tellement qu'elle en arrive à se frapper la tête contre le mur, à se battre, mais rien n'y fait ; l'idée fixe s'impose à son attention, elle ne peut la chasser, elle ne peut penser à autre chose.

Elle dit parfois qu'elle préférerait mourir que supporter longtemps un pareil supplice, que si ça continuait elle finirait par se jeter à l'eau, mais en réalité elle n'a pas envie de se suicider.

Observation XXXIII. — *Obsession de l'affaire Dreyfus.* — L..., comptable, âgé de 39 ans, marié, 3 enfants.

Le père est mort à 42 ans dans un asile d'aliénés (paralysie générale ?). La mère est morte à 40 ans, de la variole. Elle était sombre, un peu concentrée.

En ce qui le concerne, L... n'a jamais eu de maladies graves et n'a commis aucun excès. Il a toujours été, seulement, impressionnable, émotif et scrupuleux. Il s'est masturbé d'une façon outrée jusqu'à son mariage.

Lors de l'affaire Dreyfus, il s'est lancé « fougueusement » et a pris carrément parti pour l'armée, ne lisant que des journaux favorables à son opinion, ne pouvant entendre émettre des idées contraires.

Il apportait déjà une telle passion à cela qu'il dut suivre un traitement par le bromure et les douches.

La nouvelle du suicide du colonel Henry provoqua chez lui un tel shock qu'il en éprouva du tremblement, de la faiblesse générale, des nausées, et qu'il dut quitter son bureau pour aller chercher secours chez un pharmacien.

Au bout de trois jours de repos, il reprit son travail, mais dès le premier instant, il ressentit une impression analogue. Il n'osait ouvrir son journal, de peur d'y trouver une nouvelle contraire à ses idées.

Il prit un congé de huit jours, qu'il passa encore dans le calme, sans lire de journaux. Le huitième jour, au moment de rentrer à son bureau, il apprend la mise à la retraite du colonel du Paty de Clam, d'où nouveau choc.

A dater de ce moment, il devint angoissé quand il voyait le journal, quand il l'entendait crier, quand on le glissait sous sa porte, ou même quand il le voyait lire par quelqu'un. Sa femme ne le lui laissait pas prendre. Elle le lisait, puis lui racontait ce qu'il contenait, en évitant de lui dire ce qui pouvait le choquer.

Trois semaines avant de se présenter à nous, un matin, au réveil, le malade vit devant ses yeux comme écrit : « Et Dreyfus. » Il en éprouva une crise d'angoisse. Depuis, l'idée de Dreyfus ne le quitte plus et l'obsède. S'il voit une voiture dans la rue, il pense de suite : « C'est Dreyfus qui est dedans. » Le mot seul, le nom de Dreyfus, dès qu'il lui vient à l'idée, l'émotionne fortement.

Il essaye de lutter contre l'obsession, il cherche à s'en distraire en pensant à sa femme, à ses enfants, mais il ne réussit pas, et n'aboutit qu'à se provoquer une crise d'angoisse, accompagnée de sudation abondante. La nuit, il ne dort pas, dominé qu'il est toujours par son idée fixe. Il souffre plus, dit-il, que s'il avait perdu ses enfants qu'il aime beaucoup cependant.

Nous revoyons ce malade à diverses reprises. Il est toujours dominé par l'obsession de l'affaire Dreyfus, torturé par la crainte anxieuse d'apprendre « que les officiers ont fait quelque chose et que l'autre, là-bas, soit innocent ».

Les crises d'angoisse se traduisent chez lui par de la constriction épigastrique et cardiaque, du flageolement des jambes, de la sudation des mains, surtout du bout des doigts, des nausées.

A un certain moment, L... tombe dans un état d'anxiété aigu et continu, dans lequel tout devient pour lui sujet à obsession torturante, si bien qu'il a dû cesser complètement tout travail. Il a peur de tout, surtout de devenir fou.

Cette crise s'apaise peu à peu et le malade devient plus calme et moins obsédé. Il songe beaucoup moins à l'affaire. Il reste cependant très impressionnable et très inquiet.

Observation XXXIV. — *Obsession idéative. — Recherche anxieuse de l'origine des pensées.* — Mme X..., 52 ans. Père et mère sans obsessions ni maladies nerveuses. Une tante et une grand'mère maternelles mortes folles. Un neveu atteint d'obsessions.

A 15 ans, Mme X... ayant lu un roman dans lequel il était question de la mort prématurée d'une jeune fille, fut obsédée pendant quelques semaines par l'idée de la mort, de l'inutilité de la vie, de la fragilité des espérances humaines, etc. Cela passa assez vite.

Mariée à 16 ans, elle devient veuve à 18, après avoir eu à terme un enfant qu'elle a conservé.

A 28 ans, sans cause connue, elle est prise tout à coup d'une tristesse profonde, avec désir angoissant de connaître l'origine des pensées, la marche des pensées, les lois de leur association, leur rôle exact dans la vie psychique, etc. Cela dura quelques mois, puis tout rentra dans l'ordre pendant 21 ans.

A 49 ans, les obsessions reparaissent tout à coup, plus violentes et plus tenaces que jamais, dans les circonstances suivantes : Mme X... était agacée par les cris d'un enfant. L'idée lui vient subitement de se demander combien de fois cet enfant avait crié et ne pouvant donner à cette question une réponse satisfaisante, elle est prise, sur-le-champ, d'une angoisse inexprimable. Depuis ce jour, c'est-à-dire depuis près de 3 ans, elle a

constamment des obsessions. Elle se pose des questions absurdes et quand elle ne peut les résoudre, elle en est très malheureuse. Elle cherche surtout à connaître l'origine des pensées. Elle voudrait savoir comment elles naissent, pourquoi elles s'enchaînent, par quel mécanisme elles se relient à la vie réelle, si elles ont un substratum matériel, etc., etc. Elle se demande souvent anxieusement ce qu'elle pensait à pareil jour un ou deux ans auparavant, ou bien ce que pensait telle personne à tel moment déterminé, pendant qu'elle lui tenait tels propos dont elle a conservé le souvenir.

Ces interrogations vaines sur des problèmes insolubles la fatiguent et l'énervent. Le jour, elles la mettent dans l'impossibilité de se livrer à aucune occupation sérieuse, la nuit, elles l'empêchent de dormir.

Elle a, à côté de cela, quelques phobies sensorielles : elle ne mange jamais de pêches à cause de leur duvet ; elle a beaucoup de répugnance à toucher du velours ou certaines étoffes de coton. Elle a aussi la crainte superstitieuse du vendredi et du nombre 13. Enfin elle a parfois des angoisses violentes à propos d'incidents sans la moindre importance. Si elle éprouve quelques difficultés à évoquer le nom d'une personne ou d'un objet qui ne revient pas assez vite à sa mémoire, elle en est toute bouleversée. Ces jours-ci, en passant dans une gare de chemin de fer, elle constate que le quai d'embarquement qu'elle croyait être à gauche de la voie se trouvait en réalité à sa droite. Cela suffit pour lui donner une crise d'anxiété des plus pénibles qui se prolonge encore aujourd'hui sous la forme d'une interminable série d'interrogations angoissantes : Pourquoi croyait-elle que le quai était à gauche ? L'a-t-on changé de côté ? Si elle s'est trompée d'où provient son erreur ? Est-ce d'un défaut de mémoire, d'une illusion de ses sens, d'une aberration du jugement ? etc., etc.

Observation XXXV. — *Obsession idéative : peur de commettre des crimes.* — Mme D..., âgée de 26 ans, est née d'un père très émotif et d'une mère physiquement bien portante mais tout à fait déséquilibrée moralement. Elle se forge toutes sortes d'idées plus absurdes les unes que les autres et cela depuis son enfance. Mme D... a hérité de l'esprit inquiet de sa mère. Lorsqu'elle était petite fille elle était scrupuleuse à l'excès. Vers l'âge de 15 ans, elle était tourmentée par la crainte de perdre des objets à elle appartenant. Quand elle se promenait elle revenait très souvent sur ses pas pour s'assurer qu'elle n'avait rien laissé tomber. Après son mariage, elle commença à avoir peur de commettre des actions inconvenantes ou malhonnêtes, de voler, de « faire de vilaines choses », de blesser son enfant. A chaque instant elle est hantée par ces craintes, qui ne se sont d'ailleurs jamais réalisées. Elle se demande toujours si elle n'a pas commis quelque méfait. Le soir, elle fait lever deux ou trois fois son mari afin qu'il s'assure qu'elle n'a pas méchamment placé des épingles dans le lit ou dans la bouche de son enfant !

Observation XXXVI. — *Obsession idéative : peur d'empoisonner les personnes de son entourage.* — Mme L..., âgée de 40 ans, est la fille d'une mère hystérique, qui a été sujette toute sa vie à des phobies variées. Dès sa plus tendre enfance, elle se rappelle avoir eu des idées tristes « tourmentantes ». Au début, elle avait des scrupules, des craintes religieuses. Elle croyait que le diable allait l'emporter. Vers l'âge de 20 ans, elle commença à avoir peur d'empoisonner ou d'avoir empoisonné quelqu'un. Quand elle assistait à un repas, elle se demandait anxieusement si elle n'avait pas jeté du poison dans les mets. A la réflexion, elle comprenait bien que non, mais elle ne pouvait s'empêcher d'y penser et d'en être fort angoissée. Elle se maria à 26 ans. Son mari, la voyant parfois triste, lui en demandait le motif. Elle se bornait à répondre qu'elle

avait des chagrins et refusait de plus amples explications. Elle est devenue si malheureuse qu'elle a souvent songé au suicide. Les obsessions n'ont pas varié dans ces dernières années. Encore aujourd'hui, si elle voit quelqu'un boire un verre d'eau, elle ne manque pas de s'interroger anxieusement — une heure, un jour, une semaine après — et de se dire à elle-même un nombre infini de fois : « Pourvu que je n'aie pas jeté du poison dans le verre ! »

Observation XXXVII. — *Obsessions scrupuleuses. Peur obsédante d'intoxiquer les femmes dans les rapports sexuels.* — V... est un jeune homme de 24 ans, doué d'une certaine intelligence et d'une certaine instruction.

Son père, vivant, âgé de 58 ans, est nerveux, vif, emporté. Sa mère, vivante, âgée de 48 ans, est nerveuse, impressionnable et sujette à des scrupules.

Il a un frère de 26 ans, bien portant, bien équilibré, et une sœur de 15 ans, nerveuse, déjà tourmentée par des scrupules.

En ce qui le concerne, il n'a jamais eu de maladies graves, mais il est sujet, depuis l'enfance, à des obsessions de nature scrupuleuse qui, après s'être manifestées sous diverses formes, se présentent actuellement sous un type systématique et invariable.

Au surplus, voici la note que le malade nous a remise lui-même, lorsqu'il s'est présenté à nous. Elle suffira pour donner une idée très exacte de son obsession.

« J'ai l'honneur, Monsieur le Docteur, de vous présenter quelques notes personnelles sur mon état nerveux et impressionnable. Ces notes ont pour objet de vous mettre au courant de la maladie dont je souffre. Jusqu'ici la persuasion m'a guéri des états successifs de frayeur par lesquels je suis passé et je demeure convaincu qu'avec ce même moyen et une médication particulière, mon état nerveux disparaîtra.

« Depuis que je suis atteint de frayeurs, ma phobie, pour m'exprimer médicalement, a revêtu deux formes, relatives d'ailleurs à mon être physique.

« La première s'est révélée dans mon enfance. Dès que j'ai eu la notion de responsabilité, et celle de réparation qui en découle moralement, il n'y a pas d'objets futiles qui ne me soient apparus comme des causes de réparation. Je croyais par exemple devoir quelque chose pour dégradation de livres prêtés par des camarades, pour usure de vêtements des gens cotoyés. Plus tard, si, dans une foule, je jetais ma cigarette encore allumée par terre, je croyais que je pouvais brûler ou endommager les robes des dames qui se promenaient en même temps que moi.

« Les moindres actes de ma vie, par les seuls rapports qu'ils avaient avec autrui, me paraissaient être la source de dommages constants.

« Je passe rapidement sur cette première forme, dont je suis radicalement guéri.

« La seconde, celle dont je souffre et qui a pris naissance avec mon adolescence et les désirs aphrodisiaques qu'elle fait naître, consiste à croire qu'il m'est interdit de voir des femmes sans leur causer des maladies, ou même la mort. Cette idée fixe me suggère des impressions nerveuses que mon imagination maladive combine au gré de ma phobie.

« Longtemps j'ai cru que je pouvais m'introduire du cuivre dans l'appareil génito-urinaire et que ce métal, étant susceptible de s'oxyder dans mon corps, je pouvais avoir une grande quantité d'oxyde de cuivre sur moi et nuire aux personnes avec lesquelles je pouvais avoir des contacts sexuels.

« Je fume aussi la cigarette et je crois encore que par le contact de celle-ci avec le vert-de-gris, je puis m'introduire des vapeurs de cuivre ou de vert-de-gris dans les bronches. Si ce n'est du cuivre ou des oxydes, ce sont

des morceaux d'aiguilles que je m'imagine pouvoir adhérer à ma cigarette et que je me représente pouvoir être aspirés avec la fumée de tabac que j'avale et se rendre soit dans mes bronches, soit dans mon estomac.

« A ceux-ci, mon imagination, toujours esclave de ma phobie, prête la propriété de m'introduire, en les entraînant avec eux à travers mon corps, toutes sortes de métaux en fusion dont je pourrais aspirer ou respirer les vapeurs et grâce au concours des rayons X ou des ondes électriques avec lesquels je pourrais être en relation, me perforer les parois de mes bronches ou de mon estomac et permettre ainsi, toujours par le concours de circonstances quelconques, l'intrusion d'explosifs, lesquels me mettraient dans le cas de nuire aux personnes avec lesquelles je pourrais avoir des relations sexuelles... »

L'obsession, chez ce malade, revient par crises paroxystiques. Dans l'intervalle, il souffre moins, tout en n'ayant pas sa complète indépendance d'esprit. Il est simplement inquiet et, sans avoir d'idée fixe, a tendance à en avoir.

La crise paroxystique débute par l'œil gauche, qu'il sent se gonfler et devenir moins brillant. En même temps, il éprouve comme des douleurs dans le membre inférieur gauche et ses articulations. Puis survient de la céphalée, avec plaque occipitale. Il pâlit, est oppressé, a de la peine à avaler, transpire. A ce moment, son esprit, inquiet au plus haut degré, est tendu sur l'idée fixe.

Pour se soustraire autant que possible sinon à son obsession, au moins aux crises paroxystiques, V... n'a que de rares rapports avec les femmes, une fois par mois au plus. Il éprouve assez souvent de l'inhibition génitale, surtout lorsqu'il se trouve avec une femme nouvelle.

Symptômes de neurasthénie chronique qui, à deux reprises, s'est manifestée sous forme d'accès plus aigu, avec débilitation morale et physique profonde.

Le malade a été traité par tous les moyens usités en

pareil cas. En dernier lieu, on a tenté chez lui la suggestion hypnotique. Malgré tous les efforts, il n'a pas été possible de l'endormir. Toutefois, dans le recueillement ainsi produit, il était possible de lui faire de la suggestion d'encouragement qui lui faisait quelque bien.

Observation XXXVIII. — *Obsession idéative, crainte de donner un coup de couteau à son enfant.* — Mme X..., 36 ans. Pas d'hérédité vésanique. A toujours été émotive, impressionnable. Scrupules exagérés à l'époque de la première communion. Mariée à 23 ans, a eu après son mariage quelques idées fixes obsédantes passagères. Elle avait trouvé chez son mari, en entrant en ménage, un grand couteau de cuisine qui lui faisait peur. Elle craignait toujours qu'il causât quelque accident ou servît à quelque crime.

Il y a huit mois, Mme X... prit en garde un enfant de un an. Quand cet enfant fut chez elle, elle fut assaillie par la crainte obsédante qu'elle pourrait lui donner un coup de couteau et le tuer. L'idée fixe prit une telle consistance, elle devint si tourmentante que Mme X... rendit l'enfant à ses parents un mois après l'avoir pris en garde. Mais l'idée fixe ne disparut pas pour cela, elle changea d'objet, voilà tout. Actuellement la malade est poursuivie par la peur angoissante de donner un coup de couteau à son propre enfant, âgé de 11 ans, qu'elle aime d'ailleurs beaucoup et auquel elle prodigue les soins les plus tendres. Cette idée, qu'elle s'efforce vainement de chasser, la bouleverse et l'affole. Elle la plonge dans une tristesse profonde et va jusqu'à faire naître dans son esprit des idées de suicide. Elle n'a pourtant jusqu'à présent fait aucune tentative pour se donner la mort.

Obsessions impulsives.

L'obsession impulsive n'est pas une forme particu-

lière. — Au point de vue psychologique, l'existence d'une forme d'obsession particulière, caractérisée par des impulsions, ne saurait être admise, toute idée, nous l'avons vu, étant un mouvement en germe et toute obsession idéative étant elle-même, en somme, une impulsion intellectuelle. Au point de vue nosologique, l'obsession impulsive n'existe pas non plus en tant que variété à part, car ses symptômes ne sont pas essentiellement différents de ceux que nous venons d'examiner.

L'obsession impulsive n'est rien autre chose que l'idée obsédante d'accomplir un acte quelconque, indifférent ou criminel. Cette idée surgit dans l'esprit inopinément, irrésistiblement, comme toutes les autres idées obsédantes, elle se dresse devant la conscience qui l'apprécie, la juge et le plus souvent la repousse après une lutte plus ou moins anxieuse ; mais elle n'opprime pas la volonté et n'aboutit pas nécessairement à l'exécution immédiate de l'acte qui forme l'objet de l'obsession.

Les phobies d'impulsion se rattachent-elles aux impulsions ? — Chaque obsession impulsive, on le sait, a sa contre-partie dans la peur obsédante de cette impulsion : onomatomanie — onomatophobie ; pyromanie — pyrophobie ; kleptomanie — kleptophobie ; nécromanie — nécrophobie ; impulsion au suicide — phobie du suicide ; etc.

Or, la question est de savoir si les obsessions caractérisées par la phobie d'un acte, c'est-à-dire par une répulsion anxieuse pour cet acte, ont quelque rapport avec les obsessions impulsives dont elles paraissent de prime abord être tout l'opposé.

Théoriquement, la question n'est pas douteuse, et puisque « toute idée d'un acte est un mouvement qui commence » (Féré), la crainte d'accomplir un acte doit être une tendance vers cet acte.

Pratiquement, les choses sont plus difficiles à apprécier. Il est certain que rien ne paraît plus éloigné de l'exécution d'une action impulsive que la terreur de cette action. Pourtant, on ne saurait le méconnaître, les phobies des impulsions sont des impulsions en germe. Qui de nous, tant soit peu émotif, n'a éprouvé dans un lieu élevé, devant un train qui s'avance à toute vitesse, cette sorte d'effroi, de doute de soi-même, qui fait reculer de quelques pas, pour échapper à une sorte d'attraction invincible? Eh bien! c'est là exactement, avec des caractères d'angoisse, d'intensité et de durée plus marqués, ce que doivent éprouver les sujets atteints de la phobie d'une impulsion, en particulier de la phobie du suicide par précipitation ou par armes tranchantes.

On se rend bien compte ainsi, pour l'avoir ressenti soi-même, que la peur de l'impulsion ne garantit pas de l'impulsion, et qu'au contraire, plus cette peur est grande, intense, anxieuse, et plus elle se rapproche de l'impulsion. Et on en arrive à reconnaître, par suite, que, cliniquement comme psychologiquement, la phobie de l'impulsion n'en est pas le contraire, mais un commencement, une variété.

D'ailleurs, les sujets eux-mêmes qui en général s'observent bien, disent souvent indifféremment : « J'ai peur d'être obligé de faire ceci », ou : « Je suis poussé, je me sens envie de faire ceci ». Chez d'autres, il y a coexistence de phobie et de propen-

sion impulsives ; chez certains enfin, la phobie finit par l'impulsion.

C'est là, à n'en pas douter, une particularité intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, et qui se trouve incidemment signalée dans la thèse de M. Marrel.

Les obsédés cèdent-ils souvent à leurs impulsions ? Impulsions banales. Impulsions dangereuses. — Un second point, qui touche de près au précédent, est celui de savoir si les obsédés cèdent, et s'ils cèdent souvent, à leurs impulsions.

A cet égard, il convient d'établir d'abord une distinction entre les impulsions banales et les impulsions de caractère dangereux ou criminel.

Les impulsions obsédantes *banales* visent le plus souvent des actes bizarres, ridicules, variables à l'infini, par exemple : toucher un objet une ou plusieurs fois ; prononcer un mot, un chiffre, une formule, une oraison ; faire un geste, un mouvement, une grimace ; marcher ou ne pas marcher sur un endroit d'une façon déterminée ; lever son chapeau, se mettre à genoux, casser quelque chose, etc.

Lorsqu'il s'agit d'impulsions de ce genre, les sujets résistent et s'angoissent, parce qu'ils sentent toute l'extravagance de pareils actes, surtout en public. Cependant, quand ils souffrent trop, ils cèdent, en se dissimulant plus ou moins, dans le but de faire cesser leur angoisse. Une de nos malades est obligée de marcher dans les flaques d'eau des trottoirs, d'acheter chaque soir trois journaux et trois pipes, d'exécuter et de faire exécuter par son mari et ses enfants, en rentrant chez elle, le simulacre de fermer une porte

qui n'a pas de serrure, de s'arrêter et d'arrêter les siens devant les devantures, devant les maisons éclairées, devant la lune et les étoiles, etc.

A côté de ces impulsions, absolument inoffensives, il en est d'autres d'un caractère plus sérieux, souvent même graves et dangereuses. Ce sont les obsessions dites *criminelles*, étudiées en particulier par M. MAGNAN[1] et M. LADAME[2] dans des travaux spéciaux. Ces obsessions-propensions peuvent se présenter sous divers aspects, et elles comprennent depuis l'*envie* des femmes enceintes, qui n'en est souvent qu'une forme transitoire et rudimentaire, jusqu'à l'impulsion chronique et typique du dégénéré.

Les principales de ces obsessions impulsives sont : les obsessions impulsives à la boisson (*dipsomanie*), aux achats (*oniomanie*), au jeu ; les obsessions génitales, susceptibles de se présenter sous la forme onanique, sadique, masochiste, uraniste, surtout exhibitionniste ; les obsessions impulsives à l'incendie (*pyromanie*) ; les obsessions impulsives au vol (*kleptomanie*), dont le vol aux étalages est le type ; les obsessions impulsives au suicide, et enfin à l'homicide.

Ici la scène change. L'obsédé a tellement conscience de la gravité de ces actes, surtout s'ils répugnent à sa nature, qu'il fait tout au monde pour n'y pas céder, et qu'il y réussit en effet, bien qu'aux prix d'efforts douloureux, assez fréquemment. MOREL, à qui rien

1. MAGNAN, *L'obsession criminelle morbide*, rapport au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, 1892.

2. LADAME, *L'obsession criminelle morbide*, rapport au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, 1892.

n'échappait, avait déjà noté cette tendance des obsédés à se croire plus près de la réalisation d'une impulsion grave qu'ils ne le sont réellement : « Il faut faire la part, dit-il[1], des exagérations du sentiment chez les être émotifs. Les menaces de suicide ou d'homicide sont loin d'être toujours chez eux d'une tendance maladive irrésistible, comme chez les délirants par persécution ou chez les héréditaires. Je recevais, il n'y a pas longtemps, la visite d'un névropathique de cette catégorie, auquel je donne des soins, et qui venait m'annoncer qu'il venait de fuir le domicile conjugal et qu'il allait entreprendre un grand voyage. L'idée lui était venue tout à coup, en se réveillant au milieu de la nuit, de tuer sa femme. Je me hâtai de rétablir cet être émotif au domicile conjugal et lui ordonnai de faire un aveu complet à sa femme ; celle-ci prit la chose en riant, et il ne fut plus question de rien de pareil ». Ladame, dans son rapport, distingue aussi, parmi les obsédés impulsifs, ceux dont les obsessions restent *théoriques* et ceux dont les impulsions aboutissent à l'*exécution*.

Beaucoup d'auteurs, cependant, considèrent l'obsession impulsive comme très fréquemment réalisée et comme un des facteurs principaux du crime. C'est l'opinion de Mickle, et ç'a été, au Congrès de Bruxelles, l'opinion de Benedikt, qui n'hésite pas à croire que le nombre des obsédés est considérable dans les prisons et surtout parmi les récidivistes, le propre de l'obsession étant la répétition de l'acte.

Nous ne croyons pas, pour notre part, que, d'une

1. Morel, Loc. cit., p. 550.

façon générale, l'obsession aboutisse très fréquemment à l'exécution d'un délit ou d'un crime. Tout en admettant que le sujet puisse, après avoir épuisé dans une longue lutte toutes les résistances de sa volonté, se laisser finalement entraîner, nous croyons que d'habitude il n'en est pas ainsi, et que, soit spontanément, soit grâce à l'appoint d'un soutien moral, de bonnes paroles d'encouragement, ou de tout autre moyen de protection, l'impulsion reste heureusement chez lui à l'état statique. Si l'entraînement était vraiment irrésistible, il ne suffirait pas, comme cela arrive souvent, pour l'empêcher, même durant les crises aiguës, soit de quelques mots, soit d'un simple ruban entourant les pouces[1]. Cela ne peut être efficace que chez les obsédés qui ont bien plus besoin d'être rassurés contre eux-mêmes que maintenus contre leur impulsion, et, pour bien marquer la différence, nous demandons de quelle utilité pourrait être, chez des aliénés vraiment impulsifs, même lucides, comme certains persécutés et certains mélancoliques, de douces paroles ou un ruban ?

Si l'obsession impulsive aboutit parfois au délit ou au crime, ce qu'il est impossible de nier, c'est seulement dans des cas déterminés, en particulier dans les cas où l'obsession n'est pas pure et où il s'y joint un autre facteur, tel que : dégénérescence marquée, affaiblissement intellectuel, intoxication alcoolique, morphinique ou autre, idée délirante, contagion par l'exemple ou les journaux, attraction trop forte et enivrement de l'étalage, etc. C'est faute d'a-

1. Marc, *De la Folie*, etc., t. I, p. 241.

voir tenu compte de ce facteur, de cet élément surajouté, qu'on a pu considérer les délits et les crimes par obsession comme des plus fréquents. En réalité, pour faire passer l'obsédé de l'idée ou de la peur à l'acte, il faut le plus souvent quelque chose de plus que l'obsession. Il en est ainsi, par exemple, chez beaucoup de régicides. Ravaillac, pour ne citer que celui-là, était hanté par l'idée de tuer le roi, et trois fois il quitta Paris pour ne pas céder à la tentation, allant même jusqu'à briser, dans ce but, la pointe de son couteau. Il succomba enfin, parce qu'il était convaincu qu'Henri IV voulait faire la guerre au pape et détruire l'Église catholique. Ce n'était pas, chez lui, une obsession simple, mais une obsession liée à une idée erronée, sinon délirante.

C'est aussi, le plus souvent, dans les cas d'obsession très intense et compliquée d'anxiété mélancolique, que l'on rencontre ces sujets qui croient faussement s'être livrés à une impulsion et qui, après avoir crié ou marmotté : « J'ai tué mon père et ma mère », se préoccupent anxieusement d'avoir été entendus.

Les deux malades dont les observations suivent appartiennent à cette catégorie.

Observation XXXIX. — *Phobies multiples. Doute anxieux, crainte d'avoir prononcé des paroles compromettantes ou porté des jugements injustes, etc.* — M. X..., 34 ans. Père sombre, mélancolique, toujours préoccupé de sa santé. Mère scrupuleuse, originale, nerveuse sans attaques.

Dès son enfance, M. X... a été sujet à des préoccupations obsédantes. A 12 ans, il fut extrêmement ému par la préparation de sa première communion. Sa confession le tourmenta beaucoup ; il avait toujours peur d'avoir

oublié quelque péché. Le jour de cette communion il crut avoir rongé et avalé un fragment d'épiderme de sa lèvre. Il se demanda avec terreur s'il ne ferait pas une communion sacrilège. Son confesseur, qu'il alla aussitôt consulter à ce propos, l'engagea à passer outre. Il suivit ce conseil mais avec des arrières-pensées qui le tourmentèrent pendant fort longtemps.

Un peu plus tard ce fut la peur des francs-maçons qui l'inquiéta, puis la crainte de commettre des impudicités. Cette crainte était si vive qu'il resta plusieurs années sans oser porter la main sur ses organes génitaux. Il n'urinait jamais debout parce que cela l'aurait obligé à toucher sa verge ; il s'accroupissait comme les femmes après avoir laissé tomber sa culotte. Entre temps il avait des doutes métaphysiques, des peurs angoissantes de la rage, du choléra, de la mort.

De 16 à 18 ans, il apprit à se masturber et se livra souvent aux pratiques solitaires, ce dont il avait toujours des remords cuisants.

Marié à 26 ans, il a vécu jusqu'à il y a quelques mois de la vie commune, n'ayant d'idées obsédantes que de loin en loin. Mais depuis six mois environ, sans cause connue, sa maladie a fait des progrès considérables, à tel point qu'il a été obligé d'abandonner ses affaires, dont il est devenu incapable de s'occuper. Ce qui caractérise sa maladie, c'est une émotivité exagérée qui le porte à se préoccuper anxieusement de choses insignifiantes, Les événements sérieux qui devraient le toucher le plus, la perte de sa position, l'avenir de sa famille le laissent presque indifférent. En revanche, il se tracasse de bêtises sans importance aucune. Exemple : un jour, deux personnes de sa connaissance se prennent de querelle dans un café. Il estime que l'une d'elles a tort, mais sans prendre part à la discussion et sans manifester ouvertement son opinion. Le lendemain, l'idée de cette querelle lui revient à l'es-

prit ; il s'en remémore les phases, il se demande anxieusement si, en donnant mentalement tort à l'un des adversaires, il n'a pas outrepassé son droit, s'il ne lui a pas porté préjudice, s'il ne doit pas lui faire des excuses, lui demander pardon, et cela le tourmente au point de l'empêcher de boire, de manger et de dormir pendant des semaines entières.

Il est obsédé par des doutes angoissants ridicules. Après avoir mis une lettre à la poste, il se demande s'il l'a bien introduite dans la boîte, s'il ne l'a pas jetée à côté, si l'adresse était convenablement rédigée, etc., etc.

Dans la rue, il se sent poussé malgré lui à marmoter des paroles absurdes comme : « J'ai tué mon père et ma mère » ou bien : « J'ai volé 50 000 francs », puis il se demande avec inquiétude si quelque passant n'a pas entendu ces paroles, s'il ne lui arrivera pas de désagréments, si on a entendu seulement les mots qu'il a prononcés ou d'autres qu'il aurait pu prononcer, etc.

S'il entend un bruit imprévu, il en cherche la cause et fait à son sujet des suppositions invraisemblables, absurdes. Quelqu'un qui lui parle vient-il à dire « hein » ? il en est tout bouleversé. Il se demande pourquoi il a poussé ce « hein », si cela veut dire quelque chose, si ce n'est pas une injure ou une menace, si cela ne présage pas quelque malheur. S'il prend un objet au bout de ses doigts, un grain de sable par exemple ou un brin de poussière et que cet objet vienne à tomber avant qu'il en ait reconnu la nature, il accumule toutes sortes d'hypothèses pour expliquer sa présence auprès de lui et sa disparition accidentelle.

Il lui semble souvent qu'il ne sait plus parler, qu'il a oublié la valeur des mots. Il s'attache à des détails d'orthographe insignifiants. Une dame lui ayant parlé de ses enfants. il se creuse la tête pour savoir si elle a voulu dire *ses* enfants ou *ces* enfants.

Ces jours-ci, il voit passer dans la rue un homme manifestement ivre monté sur un cheval. Cela le frappe. Il va trouver un cocher qui comme lui avait vu passer le cavalier et lui demande : Qu'a-t-il, cet homme qui vient de passer ? Il est saoul, répond le cocher. M. X... continue sa route ; mais un doute naît dans son esprit, un doute terrible, angoissant. Il revient précipitamment sur ses pas et s'adressant au cocher : Qui est saoul, dit-il, l'homme ou le cheval ? L'homme parbleu, répond l'automédon. Ah ! Ah ! Il avait bu un coup de trop, ajoute M. X..., qui rentre chez lui sans plus penser à cet incident. Le soir, en dînant, il raconte le fait à sa femme. Mais arrivé à la fin du récit son cœur se serre. Il a dit que l'homme avait bu un coup de trop ! Pourquoi a-t-il dit cela ? Il n'avait pas le droit de le dire... Il n'est pas certain que cet homme fût saoul... Et pendant plusieurs jours M. X... se désole de ne pas pouvoir retrouver le cocher devant lequel il a tenu un propos si compromettant pour lui demander s'il est bien certain que l'homme avait bu un coup de trop.

Hier, étant sorti avec sa femme et son enfant, Mme X... rentre seule dans un magasin. Quand elle en sort, elle trouve M. X... pâle, bouleversé, qui lui dit a brûle-pourpoint : « On a peut-être changé notre enfant ; pourquoi ne l'as tu pas amené avec toi dans le magasin ? »

L'idée de cette substitution possible le tourmente toute la soirée.

M. X... a le sentiment qu'il existe en lui deux personnalités distinctes : l'une qui pense et agit malgré sa volonté ; l'autre qui assiste impuissante aux agissements déraisonnables de la première. Aussi lui semble-t-il qu'il est sur la pente de la folie, du gâtisme, du suicide. Cet état d'esprit le rend très malheureux et fait du même coup le malheur des siens.

Observation XL. — *Obsession du crime.* — *Crainte de*

commettre des assassinats, des infanticides. — Mme X..., 36 ans. Pas d'hérédité névropathique. Pas d'aliénés ni de suicidés dans la famille. Dès son enfance, Mme X... a eu des scrupules religieux. Étant au couvent, elle se confessait à un aumônier à l'esprit sectaire et étroit qui entretenait ces scrupules. Il lui représentait les moindres peccadilles comme des péchés épouvantables et lui faisait faire plusieurs fois par an des confessions générales qui lui tournaient la tête. A part cela, elle jouissait d'une bonne santé. Mariée à 32 ans, elle eut, l'année suivante, un enfant qu'elle eut le très grand chagrin de ne pas pouvoir nourrir.

Étant sous le coup de ce chagrin, elle alla se confesser et communier. Mais, après la communion, l'idée lui vint qu'elle avait omis quelque chose dans sa confession. Elle fut aussitôt saisie d'une violente crise d'angoisse avec tremblement de tous les membres, sanglots, lamentations, et à partir de ce moment, elle fut obsédée par la crainte de commettre ou d'avoir commis toutes sortes de crimes abominables. Si on la laisse seule un seul instant, la crise se renouvelle. Elle se figure qu'elle s'est échappée et qu'elle a commis un meurtre ou s'est livrée au premier passant venu. Pour empêcher ces accidents, il faut qu'elle se sente surveillée par son mari ou par des personnes de sa famille. Encore a-t-elle toujours peur qu'on s'endorme et qu'elle puisse profiter d'un moment d'inattention pour aller commettre des crimes. Cette crainte était poussée si loin qu'au début il ne suffisait pas qu'on fût auprès d'elle, il fallait qu'on la tînt par le bras; si on la lâchait, ne fût-ce que d'une seconde, la crise se produisait. Aujourd'hui, il suffit, pour la tranquilliser, qu'on la surveille de l'œil; mais il ne faut pas qu'on la perde de vue une seconde. Si, par hasard, dans le cours d'une conversation, on lui fait répéter un mot qu'on a mal compris, ou si seulement on dit interrogativement

« hein ? » elle est désolée, demande si on a dormi, si elle n'est pas sortie pendant qu'on dormait, s'imagine qu'elle s'est échappée et précisant davantage, raconte en sanglotant qu'elle est sûrement allée dans la rue, qu'elle a tué quelqu'un, et se lamente bruyamment jusqu'à ce qu'on ait envoyé voir dans la rue s'il n'y avait pas un attroupement autour du cadavre et que l'émissaire chargé de cette mission soit revenu lui affirmer qu'il n'avait rien constaté d'anormal.

Si on l'interroge sur la nature du crime qu'elle croit avoir commis, elle en précise les détails comme si elle avait eu une hallucination sensorielle... Pour sûr, elle a tué quelqu'un... avec un couteau... qu'elle a pris chez un boucher... C'était un homme qui passait... un ouvrier... de 50 ans environ... Elle lui a coupé le cou... Il a poussé un cri étouffé... puis elle s'est échappée. Cependant, il n'est pas bien certain qu'elle ait *vu* dans une hallucination nettement objectivée la scène qu'elle décrit ainsi. Il est plus vraisemblable qu'elle la crée de toutes pièces dans son imagination, sans en avoir la représentation sensorielle.

Le jour où elle est venue nous consulter, elle était accompagnée de son mari et de sa sœur. Dans le cours de la conversation, nous eûmes le malheur, n'ayant pas bien saisi une de ses réponses, de faire : hein ? — aussitôt elle pâlit, regarda toute tremblante son mari et sa sœur, et, dans un accès de violent désespoir, elle s'écria : « Ah ! vous vous êtes endormis tous les trois... vous m'avez laissée sortir... Pourquoi n'avez-vous pas fait plus attention à moi... J'ai tué un homme... Quel malheur ! quel malheur ! » Nous lui donnâmes l'assurance que nous ne nous étions pas endormis, son mari lui affirma qu'il ne l'avait pas perdue de vue un seul instant et peu à peu elle se calma. Néanmoins, en sortant de notre cabinet, elle avisa le valet de chambre et lui demanda

si elle n'était pas sortie seule quelques instants auparavant.

La nuit, elle enlace ses jambes entre celles de son mari de façon à être bien sûre de ne pouvoir s'échapper sans le réveiller. Elle dort ainsi d'un sommeil profond.

Avant d'avoir cette obsession, Mme X... était gaie : elle aimait le théâtre, allait dans le monde avec plaisir. Depuis, elle ne reçoit plus personne, ne rend plus aucune visite, et si elle va au théâtre, il faut qu'on la tienne par la main pendant toute la durée de la représentation. Encore est-elle si préoccupée par la crainte qu'on pourrait s'endormir, qu'elle ne jouit pas du tout du spectacle.

La surveillance étroite, incessante, dont elle doit être l'objet, constitue, pour son entourage, une très lourde charge. Ses parents sont obligés de se relayer auprès d'elle sans interruption. Elle exige, à n'importe quel moment, que son mari ou ses serviteurs quittent leurs occupations pour aller voir ici ou là s'il n'y a pas de cadavres, s'il n'y a pas d'attroupement, si la police n'est pas sur pied, si la gendarmerie ne fait pas de rondes. Car, contrairement à ce qui se passe chez la plupart des obsédés, les paroxysmes angoissants de Mme X... ne se calment presque jamais spontanément. La malade ne reprend sa tranquillité relative que, lorsqu'après y avoir été voir, on lui affirme qu'il n'y a dans la rue ni cadavre, ni foule, ni police.

Suicide et obsession. — Le suicide existe-t-il dans l'obsession ? Y est-il fréquent ? Quels en sont les caractères ? C'est là une question intéressante et dont nous devons maintenant dire un mot.

Il nous est arrivé personnellement ce qui a dû arriver à beaucoup. A force d'entendre dire à la presque totalité des obsédés : « Ce supplice est into-

lérable, mieux vaudrait mourir », ou : « Si cela ne doit pas cesser, il faudra que je me tue », ou bien encore : « Je me sens poussé à me tuer », sans que ces propos soient suivis d'effet, nous avons été convaincus pendant longtemps que les obsédés parlaient beaucoup de suicide, mais ne se suicidaient jamais. Ce paraît avoir été là également l'opinion de MOREL, car il dit à propos d'un malade qui effrayait son entourage par ses menaces de suicide et qu'il perdit de vue : « Je doute cependant qu'il ait fini par le suicide ; c'est là une terminaison que je n'ai jamais observée dans les cas de ce genre [1]. »

Nous sommes un peu revenus aujourd'hui de cette manière de voir, car sur l'ensemble de nos observations, nous avons cinq cas au moins de suicide et plusieurs tentatives. L'obsédé peut donc se suicider.

Mais l'analyse de ces suicides soulève des considérations intéressantes. Aucun des malades dont il s'agit n'a cédé à une obsession impulsive, aucun n'avait d'impulsion au suicide. Tous, ainsi que l'a remarqué de son côté M. SÉGLAS [2], se sont suicidés ou ont tenté de se suicider froidement, logiquement, parce qu'ils se trouvaient trop malheureux d'être en proie à des idées fixes. Leur suicide, à proprement parler, n'avait rien de pathologique.

Nulle part cette distinction entre le suicide impulsif et le suicide raisonné et raisonnable, tel que l'accomplit habituellement l'obsédé, ne nous apparaît comme dans le cas suivant :

1. MOREL, Loc. cit., p. 400.
2. SÉGLAS, Loc. cit., p. 87.

OBSERVATION XLI. — *Phobie du suicide, impulsion au suicide et tendance raisonnée au suicide.* — F..., trente ans, comptable. Père vivant, congestif, colérique, violent. Grand-père et arrière-grand-père paternels morts de paralysie cérébrale. Mère bien. Frère bien. Sœur nerveuse. Masturbation, pertes séminales, blennorrhagie débilitante, rétrécissement, cystite. A ce moment, étant très affaibli, neurasthénisé, le malade tombe par hasard sur un prospectus parlant d'*onanisme*, de *pertes séminales* et de leur terminaison fréquente par le *suicide*. Tout d'un coup, idée qu'il finira par le suicide, et depuis dix ans obsession anxieuse. Phobie systématisée du suicide, d'abord intermittente, aujourd'hui idéative, continue, avec crises. L'idée se présente à lui sous deux formes qu'il distingue : tantôt comme une nécessité inéluctable, comme une échéance fatale qui se rapproche sans qu'il puisse s'y soustraire, c'est la peur, la *phobie* du suicide ; tantôt l'idée devient impérative, motrice, entraînante, ce n'est plus alors une crainte, c'est une *impulsion*. Paroxysmes produits par tout ce qui se rapporte au suicide, notamment par la lecture des cas de suicide dans les journaux. Quand par hasard un de ces suicides reste inexpliqué, il y voit un cas pareil au sien, c'est-à-dire le résultat de l'onanisme et des pertes séminales, ce qui l'angoisse encore davantage. Le malade est tellement malheureux de son obsession qu'il a souvent et sérieusement pensé à se tuer, pour en finir.

Voilà donc un individu chez qui on trouve à la fois : 1° la phobie obsédante du suicide ; 2° l'impulsion obsédante au suicide ; 3° enfin l'idée réfléchie, non pathologique du suicide, et qui, s'il se tue, se tuera très probablement par raison, pour échapper à son obsession du suicide.

Cette situation d'individus se suicidant par peur

du suicide, qui paraît au premier abord étrangement paradoxale est en réalité très intéressante et méritait d'être signalée chez les obsédés. On la retrouve, d'ailleurs, chez certains aliénés[1].

L'obsession impulsive est toujours précédée de pensée et de lutte. — Un autre point à examiner est celui de savoir si l'obsession impulsive est toujours précédée d'idée, de lutte, d'angoisse, et s'il n'est pas de cas où elle est simplement automatique, une sorte de pur réflexe.

Nous avons fait une enquête dans ce sens auprès de nos malades, et nous avons pu nous assurer que presque toujours, même dans le cas où elle paraissait le plus spontanée, le plus instantanée, l'impulsion était précédée d'une pensée et d'une lutte. L'un, dégénéré neurasthénique type, est sujet depuis l'enfance à une foule d'actes impulsifs, comme de pousser une pierre avec son pied, de toucher un mur, de soulever son chapeau dans la rue sans qu'il y ait personne, de se précipiter à genoux, etc. Il est souvent obligé, en écrivant, de faire un cinq long (5 au lieu de 5), de faire un O de droite à gauche, d'aller à la ligne sans qu'il soit besoin, de porter sa canne par le petit bout, etc., etc. Tous ces actes, en apparence subits, automatiques, se relient toujours, nous a-t-il expliqué, à une idée superstitieuse, et sont précédés de lutte et d'angoisse. Il lui vient à la pensée : « Répète cela deux fois pour éviter malheur », ou : « Pousse cette pierre et il ne t'arrivera rien ».

1. Nicoulau, *Thanatophobie et suicide*. Annales méd. psychol., 1892, t. XV, p. 189.

Il peut se faire cependant que par leur répétition même, ces actes, au bout d'un certain temps, tendent à devenir automatiques, comme les actes d'habitude, marquant ainsi un degré de plus vers le dédoublement.

Détente consécutive. — Un des caractères donnés à l'impulsion obsédante, c'est *la satisfaction consécutive* à l'acte. M. MAGNAN et ses élèves ont insisté sur ce point.

Il est certain que l'exécution, par un obsédé, de son acte impulsif provoque un changement dans son état émotionnel. Cette exécution fait en effet cesser son angoisse, arrivée à ce moment à son point culminant. Mais est-ce là une véritable satisfaction ? L'obsédé est-il réellement *satisfait* d'avoir cédé à son impulsion ? Poser la question c'est la résoudre, car *a priori* on peut se douter qu'un individu qui a si longtemps et si anxieusement lutté contre l'entraînement impulsif qu'il redoutait, ne doit guère être content d'avoir succombé dans cette lutte. Le sentiment éprouvé par lui n'est pas de la satisfaction, c'est autre chose. C'est plutôt un *apaisement,* c'est la *détente* physique et morale qui termine une hypertension émotive trop pénible et trop prolongée. Nous aimerions mieux, en conséquence, voir substituer au terme « satisfaction consécutive », celui plus exact de « apaisement consécutif » ou « détente consécutive ». Au reste, c'est, le mot de *soulagement* que semble avoir finalement adopté M. MAGNAN[1].

Mais, satisfaction ou soulagement, il ne s'agit là

1. MAGNAN et LEGRAIN, *Les dégénérés*, Rueff, Paris, 1895, p. 149.

que d'une accalmie incomplète et momentanée. Plusieurs de nos malades nous ont déclaré que quand ils s'étaient laissés aller à leur impulsion, ils éprouvaient à la vérité un soulagement passager de par la cessation de leur angoisse, mais que ce soulagement était gâté par l'ennui d'avoir cédé. Sans compter que le plus souvent une défaillance en entraînait d'autres et que la première impulsion était suivie d'une série d'impulsions. Quand, au contraire, ils avaient efficacement résisté, l'angoisse persistait un certain temps encore, mais cette angoisse disparaissait bientôt, et il ne restait plus que la satisfaction du triomphe avec une plus grande confiance en soi.

Obsessions inhibitoires. — Pour en finir avec ce qui a trait aux obsessions motrices, nous devons dire un mot des obsessions abouliques qui représentent les formes *inhibitoires* des états que nous venons d'étudier sous la forme *dynamogénique*.

Morel[1] avait incidemment signalé ces faits, étudiés par Billod sous le nom de lésions de la volonté. « Le jour de son mariage, dit-il d'un de ses malades, on le chercha le soir des heures entières ; on le trouva blotti au grenier derrière un vieux meuble. La crainte du tête-à-tête avec sa jeune femme avait suffi pour suspendre chez lui l'exercice de la volonté et amener un de ces faits d'automatisme stupide dont j'ai vu tant d'exemples chez ces êtres émotifs, comme de rester fixes devant une porte sans oser l'ouvrir, devant une lettre sans la décacheter, devant

1. Morel, Loc. cit., p. 400, 546.

un papier sans pouvoir y poser la plume, devant une voiture sans en franchir le marchepied, etc. »

« Lorsqu'il se fut agi d'aller rejoindre sa fiancée à Paris, dit-il d'un autre malade, il ne put bouger de place. On lui remit une plume entre les mains pour adresser au moins une lettre, mais il lui fut impossible d'écrire une ligne. Il fallut que cette femme vînt rejoindre son prétendu à Rouen et le mariage fut célébré par le chapelain anglais de la localité, qui se contenta de l'assentiment que l'individu donna par signes. »

Depuis, l'un de nous a particulièrement insisté sur les *obsessions abouliques* ou *inhibitoires,* à l'étude desquelles deux de nos élèves de Bordeaux ont consacré leur thèse [1].

Mais le chapitre des obsessions-inhibitions n'est encore qu'ébauché, et il prête à de nouvelles recherches des plus intéressantes.

Ne pouvant et ne voulant pas faire ici la description des variétés déjà connues, ni en signaler d'autres, nous nous bornerons à mentionner ces obsessions, qui vont depuis l'inhibition urinaire des émotifs, ne pouvant uriner en présence de quelqu'un, et l'inhibition génésique des sujets qui restent impuissants avec une femme nouvelle, jusqu'à l'impossibilité de se lever, de monter, de parler, d'écrire, de signer, de s'habiller, de fixer son attention, de se tenir debout, de marcher, etc., etc. L'obsession aboulique peut en

1. Rivière, *Les obsessions abouliques.* Thèse de Bordeaux, 1891 ; Sautarel, *Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale.* Thèse de Bordeaux, 1898.

effet se traduire par l'impossibilité angoissante d'accomplir un acte quelconque.

Nous pourrions relever, dans nos observations, plusieurs exemples d'obsessions-inhibitions, dont quelques-uns sont relatés dans les thèses de Rivière et de Sautarel. Nous nous contenterons de citer le cas de Jean-Jacques Rousseau, récemment étudié par l'un de nous, où se retrouvent, à côté de nombreuses obsessions dynamogéniques, des obsessions inhibitrices ou d'arrêt caractéristiques.

Laissant de côté l'inhibition urinaire de l'auteur des Confessions, nous dirons un mot de ses inhibitions génitale et verbale.

« Jean-Jacques a une intrigue avec une belle courtisane de Venise, Zulietta, qui ne demande qu'à se donner à lui. Au moment où il veut se hâter de la posséder, par crainte d'une éjaculation prématurée, il est envahi par toutes sortes de pensées, de doutes au sujet de cette jeune fille, tant et si bien que son ardeur tombe subitement dans un sorte de crise d'angoisse nerveuse.

« A peine eus-je connu dès les premières familiarités le prix de ses charmes et de ses caresses que, de peur d'en perdre le fruit d'avance, je voulus me hâter de le cueillir. Tout à coup, au lieu des flammes qui me dévoraient, je sens un froid mortel couler dans mes veines, les jambes me flageolent et prêt à me trouver mal, je m'assieds et pleure comme un enfant[1]. »

« Zulietta, un instant interdite, ne tarda pas à comprendre « que le dégoût n'avait point de part à ce rat ».

1. Jean-Jacques Rousseau, *Les Confessions*, liv. VII.

Aussi n'en tint-elle pas rigueur à Rousseau. Celui-ci, emballé de nouveau, était prêt à lui prouver sa flamme, lorqu'il s'aperçut qu'elle avait « un téton borgne ». Voilà cette particularité qui l'étonne, captive son esprit, l'entraîne à toutes sortes de raisonnements et de réflexions et, pendant ce temps, le feu s'éteint encore. Cette fois, l'Italienne ne pardonna pas. Se promenant par la chambre en s'éventant, elle dit d'un air froid et dédaigneux à son partenaire déconfit : « Zanetto, lascia le donne e studia la matamatica. » Et comme celui-ci demandait un autre rendez-vous, elle le remit au troisième jour, en ajoutant, avec un air ironique, qu'il devait avoir besoin de repos. L'influence inhibitoire d'une crainte, d'une pensée, se mettant brusquement à la traverse de la fonction génitale, comme par une sorte d'*interférence*, est ici des plus nettes et Jean-Jacques a parfaitement saisi le mécanisme de cette action d'arrêt lorsqu'il dit, justement à l'occasion de son aventure avec Zulietta : « Non, la nature ne m'a pas fait pour jouir. Elle a mis dans ma mauvaise tête le poison de ce bonheur ineffable, dont elle a mis l'appétit dans mon cœur. »

« Mais il ne s'agit là évidemment que d'impuissance purement nerveuse, susceptible de coïncider avec une virilité des plus manifestes, surtout avec la femme d'habitude. C'est ce qui existait chez Rousseau qui, malgré toutes les contestations et toute l'encre versée à ce sujet, paraît réellement avoir eu cinq enfants avec Thérèse et qui finit par renoncer à toute relation avec elle, pour ne pas en avoir d'autres.

« Ces phénomènes d'inhibition émotive, que Rous-

SEAU éprouvait du côté de ses fonctions corporelles, il les a éprouvés également du côté de ses fonctions cérébrales proprement dites.

« Ainsi il a été atteint de cette forme de *phobie verbale,* signalée par le Dr CHERVIN, et dont j'ai observé moi-même de nombreux exemples chez les neurasthéniques, qui consiste à ne savoir que dire, à bafouiller devant du monde, parfois même à rester coi et à en souffrir au point de désirer s'anéantir et même mourir sur le coup. Toute la vie de JEAN-JACQUES est pleine de faits de ce genre. Je n'en citerai qu'un seul :

« Il y a trois ans, dit-il, qu'étant allé voir à Yverdun mon vieil ami M. RAGUIN, je reçus une députation pour me remercier de quelques livres que j'avais donnés à la bibliothèque de cette ville. Les Suisses sont grands harangueurs ; ces messieurs me haranguèrent. Je me crus obligé de répondre ; mais je m'embarrassai tellement dans ma réponse, et ma tête se brouilla si bien, que je restai court et me fis moquer de moi. Quoique timide naturellement, j'ai été hardi quelquefois dans ma jeunesse, jamais dans mon âge avancé. Plus j'ai vu le monde, moins j'ai pu me faire à son ton[1]. »

« Cette difficulté de parole tenait uniquement chez ROUSSEAU à une phobie verbale, manifestation de sa timidité émotive. Elle ne se produisait en effet que dans certaines occasions, devant du monde, lorsqu'il avait de la crainte, qu'il était troublé. Lorsqu'il se trouvait à l'aise dans l'intimité et tout à fait pris par

1. *Confessions,* liv. IV.

son sujet, il était au contraire, paraît-il, d'une éloquence rare et des plus entraînantes. Nous avons sur ce point le témoignage probant de M. de CHAMPAGNEUX et de DUSSAULX.

« Cette action inhibitrice d'une appréhension, d'une idée émotive s'exerçait chez JEAN-JACQUES sur nombre d'autres manifestations cérébrales, en particulier sur la mémoire. Voici un fait typique à cet égard. A son arrivée à Genève, au mois de juin 1754, ROUSSEAU, honteux d'être exclu de ses droits de citoyen par sa qualité de catholique, résolut d'entrer dans le culte de ses pères. Il fut admis sans difficulté à la communion. Mais on lui fit savoir qu'on se réjouissait de l'entendre parler devant le consistoire.

« Cette attente, dit-il, m'effraya si fort, qu'ayant étudié jour et nuit, pendant trois semaines, un petit discours que j'avais préparé, je me troublai lorsqu'il fallut le réciter, au point de n'en pouvoir pas dire un seul mot ; et je fis dans cette conférence le rôle du plus jeune écolier. Les commissaires parlaient pour moi ; je répondais bêtement *oui* et *non*[1]. »

« Voilà bien l'attente anxieuse et ses effets d'inhibition[2]. »

Obsessions hallucinatoires.

L'obsession peut s'accompagner d'hallucinations. — Un des caractères les plus généralement reconnus

1. *Confessions*, liv. VIII.
2. E. RÉGIS, *La maladie de Jean-Jacques Rousseau*. La Chronique médicale, 1899-1900, et 1 vol. en préparation.

aux obsessions jusqu'à ces derniers temps, c'est de ne s'accompagner jamais d'hallucinations. MOREL[1] l'avait déjà noté, et M. J. FALRET[2] a insisté sur ce point dans son rapport au Congrès international de 1889.

Obsession hallucinatoire et hallucination obsédante. — Divers cas d'obsessions avec hallucinations ont été publiés, entre autres ceux de STEFANI[3], de SÉGLAS[4], de CATSARAS[5]. M. SÉGLAS surtout s'est occupé de la question et, dans plusieurs travaux, a démontré que l'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions. Il admet deux sortes de cas : ceux où l'idée obsédante s'accompagne d'hallucinations qu'elle provoque (obsession hallucinatoire), et ceux où une hallucination revêt le caractère obsédant (hallucination obsédante). Dans les deux cas, l'hallucination peut affecter une forme quelconque, être verbale ou commune, sensorielle ou motrice, atteindre aussi la sensibilité générale.

Les faits signalés par M. SÉGLAS sont exacts et sa distinction entre l'obsession hallucinatoire et l'hallucination obsédante paraît légitime. Nous n'avons à

1. MOREL, Loc. cit., p. 393.

2. J. FALRET, *Les obsessions intellectuelles et émotives*. Rapport au Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889.

3. STEFANI, *Contributo allo studio dell'ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagno*. Rivista sperim. di fren. e di med. leg. t. XVII, fasc. III, 1891, p. 336.

4. SÉGLAS, *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante*. Ann. méd.-psychol., 1892, t. XV, p. 119 et *Leçons cliniques*, p. 82 et 106.

5. CATSARAS, *Contribution à l'étude des stigmates de la dégénérescence mentale*. Ann. méd.-psychol., 1892, t. XVI, p. 442.

retenir ici que les obsessions hallucinatoires, les hallucinations obsédantes étant des phénomènes d'un autre ordre et communs à nombre d'états morbides, comme les idées obsédantes.

Cas d'obsession hallucinatoire. — Voici d'abord quelques faits d'obsession hallucinatoire :

Un malade de M. Séglas, âgé de 28 ans, issu d'une famille de névropathes, est pris, à la suite de la vue d'un chien enragé, de la crainte obsédante de la rage. Au bout d'un mois, lorsque l'idée se présentait à son esprit, il ressentait en même temps une sensation douloureuse très violente à la jambe droite, à l'endroit où il prétendait avoir été mordu et où il n'existait aucune trace de cicatrice. En même temps, il avait comme une envie de mordre et d'égratigner telle, qu'il croyait mordre réellement et se regardait parfois dans la glace pour s'assurer que ses mâchoires restaient immobiles. Ces nouveaux symptômes se reproduisirent désormais à chaque crise. En outre, il lui est arrivé parfois de *voir* en même temps comme écrit ou d'*entendre* bourdonner à ses oreilles le mot : « Rage.., rage..., rage... » D'autres fois, lorsque la crise le prenait dans ses nuits sans sommeil, il voyait des chiens dans sa chambre. Un jour même, sa crise l'ayant pris dans la rue, il se mit à s'enfuir devant un chien enragé imaginaire qu'il croyait *voir* à ses trousses ; il cria, ameuta les passants ébahis qui ne voyaient rien du tout pour leur part.

— Une dame de trente-six ans, citée par Féré [1], fut atteinte, à la suite d'un baiser sur la main qui l'impressionna très vivement, d'abord de la crainte obsédante d'une souillure quelconque, puis d'une souillure par le sperme (spermatophobie). « Depuis lors, elle ne peut

1. Ch. Féré, Loc. cit., p. 416.

plus sentir aucun liquide au contact de la peau de ses mains, sans que lui vienne l'idée que ce pourrait être du sperme, et la crainte qu'elle en a détermine une véritable angoisse. Environ un an après le début de ces troubles, dont elle avait honte de se plaindre, elle était le soir en omnibus, un peu pressée entre deux hommes, lorsqu'il lui vint l'idée qu'elle pourrait être contaminée par le sperme. Depuis lors, la crainte s'impose chaque fois qu'elle se trouve au contact d'un homme dans un omnibus, dans une salle de réunion, dans une foule; lorsqu'elle ne peut se rassurer par la vue, la crainte devient angoissante. Plusieurs fois, lorsqu'elle ne pouvait éviter le voisinage assez vite, il *lui est arrivé de voir un membre viril en érection* objectivant le danger [1]».

— Une jeune fille de seize ans, traitée par Vernicke [2], était atteinte depuis deux ans d'obsession de la contamination par la poussière, le vert-de-gris, surtout les poux. Elle passait ses journées à faire la chasse aux poux et à se débarbouiller. Elle avait la *sensation* d'être cou-

1. Parmi les faits analogues rapportés par les auteurs, le plus intéressant assurément, en raison de la personnalité du sujet, est celui de Pascal. On sait que le génial auteur des *Pensées*, névropathe et plusieurs fois atteint dans sa vie d'accidents dans lesquels il est bien difficile de ne pas reconnaître l'hystérie, fut victime, à 31 ans, d'un accident terrible, ses chevaux ayant failli le précipiter dans la Seine, au pont de Neuilly. Cet accident produisit sur Pascal une émotion violente. Il s'évanouit, et, revenu à lui, resta, comme dans un cauchemar, en proie à une véritable obsession anxieuse. La nuit, il se réveillait, en sursaut, revivant l'affreuse scène. Le jour, il lui semblait voir un précipice s'ouvrir à ses pieds et on était alors obligé de placer une chaise à son côté gauche, pour lui masquer la vue de l'abîme et le rassurer.

2. Wernicke, *Des idées fixes*. Deutsche med. Wochenschr., 23 juin 1892.

verte de poux et affirmait que, pendant un temps, elle *voyait* les poux et *entendait* même leur bruit.

Ce fait est à rapprocher de ceux que nous avons déjà signalés, où des individus, obsédés par l'idée de la gale (acarophobie), éprouvent, aux heures et dans les endroits classiques, les *démangeaisons* caractéristiques.

Nous avons eu également occasion de mentionner, chemin faisant, quelques cas d'obsession avec phénomènes hallucinatoires, entre autres celui de la dame à obsession génito-urinaire qui, la nuit, voit des scènes lubriques, et celui de cette jeune fille à obsession de contraste qui, lorsqu'elle veut faire sa prière, *voit* surgir à ses yeux un derrière, la « nature de l'homme ».

Nous possédons nombre de cas de ce genre. Nous nous bornerons à en résumer quelques-uns.

Plusieurs de nos malades, atteints d'obsession de la mort, *voient* leur convoi et assistent à leur propre enterrement, soit la nuit, soit le jour et la nuit. L'un d'eux suit tous les détails de la funèbre cérémonie jusqu'au moment où on le met en terre.

Une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de phobie de l'homicide, s'*aperçoit*, dans ses crises, armée d'un couteau et tuant.

Une dame de trente-deux ans, impressionnée par la vue de sa grand'mère, hémiplégique, à qui elle donnait des soins, est atteinte de la phobie de la paralysie. La nuit, elle se voit frappée d'une attaque. Le jour, toutes les fois qu'elle est en présence de sa grand'mère, elle est prise d'angoisse avec *sensation* d'étourdissement, de fourmillements et d'engourdissement dans le même côté du corps que la malade. Elle a dû, pour avoir un peu

de repos, éloigner sa grand'mère et n'aller la voir que de loin en loin.

Mme L..., trente ans, sujette à des accidents de petite hystérie, est en proie à une obsession jalouse. Elle est hantée par l'idée que son mari la trompe avec une employée du même magasin. La nuit, elle rêve souvent de son idée fixe, et *voit alors.* très nettement, dans tous ses détails, leur rapport sexuel, ce qui la fait s'agiter et parler. Le lendemain, son obsession est toujours plus forte.

Mme G..., quarante-cinq ans, également sujette à des crises hystériformes, a saisi une intrigue de son mari avec une autre femme. Depuis cette époque, cette idée est devenue, chez elle, une véritable obsession anxieuse qui la torture et dont elle cherche vainement à se débarrasser. Très fréquemment, la nuit, elle *voit* la scène de l'adultère, comme si elle avait lieu réellement.

M. X..., cinquante-deux ans, alcoolique chronique, présente une obsession jalouse assez intéressante. Dès que l'idée apparaît à son esprit, dans la journée, elle s'accompagne de la *vision* de sa femme au bras d'un homme. « Aucun peintre ne pourrait faire mieux », dit le malade.

D..., cinquante ans, batelier, très impressionné par les relations dans les journaux des récents naufrages, est obsédé par la crainte de sombrer en rivière et n'ose plus voyager et surtout passer la nuit sur sa gabare. Lorsqu'il est obligé de le faire, il se *voit* dans son sommeil se noyant dans des conditions horribles. Le matin, au lever, il a des crises d'angoisse dont l'effet persiste et il songe à en finir avec la vie pour échapper à ce cauchemar.

On voit, d'après ces exemples, que nous pourrions multiplier, que l'hallucination est relativement fréquente dans l'obsession et qu'elle peut s'y présenter,

ainsi que le remarque M. Séglas, sous une forme quelconque.

Elle offre cependant des caractères particuliers, qu'il nous paraît assez intéressant de mettre en lumière.

L'hallucination de l'obsession est une hallucination représentative. — En rapprochant les faits qui précèdent, on est immédiatement frappé d'une chose : c'est que, dans tous, l'hallucination est pour ainsi dire une matérialisation de l'obsession, la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée. C'est en quelque sorte l'analogue de ces phénomènes d'objectivation hallucinatoire qui se produisent chez certains peintres et dans l'intoxication haschischique, par exemple, où les pensées prennent corps et revêtent les apparences sensibles de la réalité. Le cas de Stefani est typique à cet égard. En un mot, l'hallucination de l'obsession est ce qu'on pourrait appeler *hallucination représentative*.

Cette dénomination, vraiment juste, n'est pas de nous ; elle émane de ce lettré-philosophe obsédé dont nous avons déjà parlé parlé et qui, après s'être si bien observé, nous écrivait à cet égard les curieuses lignes que voici :

« Autre chose ! il me semble que, pour définir l'obsession, il est nécessaire de tenir compte d'un troisième élément que je nommerai *hallucination représentative* et qui se trouve entre la volonté et la contre-volonté qui se la disputent comme les Achéens et les Troyens le corps de Patrocle. En d'autres termes : une des deux forces tâchera de créer et de développer cette hallucination représentative (qui sera presque toujours *visionnelle*) ; l'autre force, au contraire, essaiera de la détruire,

de l'avilir. Prenons, par exemple, mon cas (obsession aboulique). La volonté dit : « Je veux sourire, je veux raconter ceci ou cela », et la contre volonté dit : « Non, tu ne le feras pas, car telle ou telle chose pourrait t'empêcher, comme elle l'a déjà si souvent fait », et immédiatement l'image apparaît pour ainsi dire entre volonté et contre-volonté, l'image de moi-même dans une situation pénible. Dans ces moments de trouble et de gêne pénible, c'est comme si une main invisible mettait un miroir devant mes yeux et si quelqu'un disait : Regarde-toi, comme tu es beau, comme tu es ridicule et stupide ! Dans ces moments-là, je *me vois*, je *vois* ma figure grimaçante, mes mouvements gauches ; comme je me *vois* dans la situation de Guillaume, de Carnot essayant de sourire et échouant. Bref, je crois qu'il y a toujours ou presque toujours, dans l'obsession, ce troisième élément, distinct des deux autres, que j'ai nommé *hallucination représentative*. L'image en elle-même n'a naturellement rien d'anormal, mais toujours renouvelée, elle devient une vision, une hallucination interne. Elle peut être absolument claire, ou plus ou moins voilée jusqu'au degré où elle se perd dans l'inconscience ; alors il n'y a plus de représentation, il n'y a qu'excitation des centres inférieurs, mais cette excitation remplace l'image ».

Nous avons tenu à citer tout au long cet intéressant passage qui confirme très nettement ce caractère d'objectivation émotive et idéative, que nous considérons comme typique dans l'hallucination de l'obsession. MM. Raymond et Arnaud [1] avaient déjà dit à propos d'une de leurs malades : « L'impulsion résulte

1. Raymond et Arnaud. *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements*. Ann. méd.-psychol., 1892, t. XVI, p. 67 et 196.

habituellement d'une idée subite très vive, à ce point qu'elle s'*objective presque,* qu'elle ressemble à une hallucination ». C'est le cas de répéter encore, avec M. Féré, que l'obsession est une *hallucination du sentiment.*

Il est facile de comprendre, après cela, comment, ainsi que le remarquait très justement notre malade, l'hallucination de l'obsession est surtout *visuelle,* la pensée s'objectivant de préférence sous forme de visualisation. Cependant, les manifestations hallucinatoires peuvent reproduire toutes les sensations qui composent le thème obsédant : c'est dire qu'elles varient suivant les cas.

On s'explique très bien aussi comment l'hallucination de l'obsession a lieu le plus souvent la *nuit,* dans le sommeil, en particulier dans les phobies des hystériques : le rêve étant chez ces sujets l'agent par excellence d'objectivation et de fixation d'une idée ou d'une émotion.

Dans certains cas, cependant, mais très rares, les hallucinations des obsédés revêtent les mêmes caractères que celles des aliénés proprement dits. Nous en avons observé deux exemples : l'un relatif à une femme obsédée de la rage, qui éprouvait toutes les sensations du viol ; l'autre relatif à un jeune homme qui avait à la fois des hallucinations psycho-motrices et des hallucinations auditives pénibles[1]. Mais ces malades n'étaient plus des obsédés purs ; ils étaient devenus des aliénés, des mélancoliques anxieux.

1. Larroussinie, *Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes.* Arch. de neurol., 1896, n° 7, p. 33.

La présence des hallucinations qu'on pourrait appeler *délirantes* dans les obsessions, semblerait donc marquer un pas de plus en avant, un degré de plus de gravité. C'est ce qu'exprimait déjà Morel qui, signalant exceptionnellement des hallucinations visuelles de nature terrifiante chez une de ses malades, considérait ce phénomène comme « l'indice d'une transformation de la névrose avec tendance à la folie[1] ».

Moyens de défense des obsédés.

Idée générale. Division. — Nous avons vu, en parlant de la lutte soutenue par les obsédés contre leur obsession, que très rarement ils pouvaient en triompher directement et que, le plus souvent, ils en étaient réduits à tourner la difficulté par différents moyens.

Ces moyens, auxquels plusieurs auteurs ont déjà fait allusion sous le nom d' « artifices », de « trucs »[2], sont de véritables « moyens de défense » des obsédés, comparables aux moyens de défense des aliénés[3]. Ils ont fait l'objet d'une thèse intéressante[4] à la Faculté de Bordeaux ; nous en reparlerons plus loin, à propos de la phobie de la rougeur. Nous ne voulons ici qu'attirer spécialement l'attention sur eux.

Les moyens de défense des obsédés ne sont généralement pas dirigés contre la maladie elle-même.

1. Morel, Loc. cit., p. 702.
2. Séglas, *Les obsessions*, Leçons cliniques.
3. A. Marie, *Études sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur*. Thèse de Paris, 1892.
4. Bellet, *Les moyens de défense des obsédés*. Thèse de Bordeaux, 1898.

C'est là une tâche qu'ils laissent au médecin le soin d'accomplir. Ne voyant dans leur mal qu'une idée pénible et plus ou moins fixe, c'est contre elle qu'ils concentrent toutes leurs forces, et ils dépensent dans cette lutte une intelligence, une ingéniosité, une diplomatie parfois supérieures.

A cet égard, on pourrait diviser les moyens de défense des obsédés en plusieurs catégories, suivant qu'ils ont pour but : 1° de prévenir les accès obsédants ; 2° de dominer ces accès quand ils éclatent ; 3° d'en atténuer les effets émotifs ou de les dissimuler.

1° *Moyens destinés à prévenir les accès.* — Les obsédés sont comme tout le monde. Quand le danger est passé, ils n'y pensent plus ou y pensent moins, même sachant qu'il doit revenir. Aussi, leurs moyens de défense sont-ils plus fréquemment dirigés, au moment même, contre les accès ou leurs suites, que, par avance, contre leur retour. Certains cependant cherchent à les prévenir, soit d'une façon définitive, soit temporairement.

Nous avons cité, dans notre étude sur l'éreuthophobie, quelques procédés imaginés par les malades pour se débarrasser à tout jamais de leurs crises angoissantes de rougeur. Nous avons parlé notamment de ce sujet qui réclama une ligature de la carotide pour sortir le sang de la tête et à qui on fit, sans succès d'ailleurs, le simulacre de cette opération. Nous avons aussi mentionné celui qui demandait qu'on lui fît sous la peau du visage des injections avec un liquide spécial, de façon à produire une sorte de tatouage blanc.

Une de nos malades, atteinte de ce que nous avons appelé l'*anémophobie,* c'est-à-dire la phobie du vent, était obsédée par l'idée qu'il ventait plus fort qu'autrefois et que cet accroissement du vent était l'avant-coureur de la fin du monde. N'ayant retiré de tous les traitements auxquels nous la soumîmes (et en particulier de nos essais avortés de psychothérapie et d'hypnose) aucun résultat sérieux, elle nous demanda, avant de rentrer dans son pays, de la conduire à l'Observatoire de Bordeaux. Elle voulait tenter un suprême effort pour se convaincre et se préserver à l'avenir de ses crises anxieuses. L'astronome, très obligeamment, lui prouva, par des courbes et des relevés remontant au commencement du siècle, qu'il ne ventait pas plus fort qu'autrefois, et que cette année-là, justement (1893), la moyenne du vent était modérée. Au lieu de se laisser persuader et d'accepter des preuves aussi rassurantes, la malade discuta avec l'astronome le bien fondé de ses constatations, basées, chaque jour, sur la quantité de vent nécessaire pour agiter progressivement les feuilles, les rameaux, les petites branches, les grosses branches des arbres, lui soutenant que ce qu'il appelait vent faible était en réalité un vent moyen ou un vent fort. Dans son angoisse, elle le voyait en effet ainsi. Au lieu de puiser dans cette démarche un soulagement, comme elle s'y attendait, la malheureuse n'en retirait qu'une recrudescence de son obsession.

Nous ne parlerons pas des obsédés qui, pour faire cesser leur torture, se suicident : c'est là un moyen de défense trop radical.

Au sujet des moyens destinés à prévenir, non plus

définitivement mais temporairement, les accès obsédants, nous rapporterons quelques cas :

Une dame, déjà citée, et atteinte, comme son père, de phobie de la diarrhée, pour éviter d'être prise, au dehors, de besoins subits, commençait, quand elle sortait, par vider à fond son intestin, restant des heures entières au cabinet. Puis elle partait, suivant toujours des itinéraires tracés d'avance et jalonnés de maisons amies où elle savait trouver un *buen retiro* en cas de nécessité. Cela suffisait généralement à la rassurer et à prévenir la crise.

Une jeune fille de vingt-neuf ans, ayant une sœur obsédée (rupophobie), est atteinte de la peur angoissante de prononcer des mots compromettants, de donner aux autres des conseils dangereux, en particulier de leur indiquer les poisons qu'elle a appris à connaître en étudiant la chimie. Dans sa crainte de laisser échapper les paroles redoutées et ne sachant même plus, dans son épouvante, si elle les articulait ou non, elle emplissait sa bouche d'aiguilles, quand elle allait en public, pour empêcher sa langue de remuer. Elle se condamna aussi pendant très longtemps au silence, au mutisme complet, en employant avec sa mère et sa sœur un langage mimique conventionnel (doigts tapés un nombre de fois déterminé sur les genoux), La nuit, quand elle n'était pas seule, elle devenait plus inquiète encore, ne sachant si, étant endormie, elle ne parlerait pas, d'autant plus qu'elle rêvait souvent de son obsession. Aussi, s'astreignait-elle alors soit à rapprocher ses lèvres et à les maintenir agglutinées au moyen de papier gommé de timbres-poste, soit à tirer sa langue démesurément hors de la bouche et à dormir ainsi la bouche grande ouverte ou les dents serrées contre la langue pendante. Ce qu'il y a de bien curieux, c'est que lorsque la malade rêvait,

même seule dans sa chambre, de son obsession, instinctivement sa langue prenait la position de défense, et elle s'est maintes fois réveillée brusquement de la sorte, la langue fortement prise entre ses dents. Le moyen de défense s'accomplissait à son insu dans son sommeil.

Une autre de nos malades, une kleptophobe de trente ans, hantée par la crainte obsédante de voler, oblige quelqu'un des siens, son mari ou sa mère, à la suivre constamment partout et à avoir toujours les yeux fixés sur ses mains, pour empêcher ses crises. Ce n'est que la nuit, et lorsqu'elle est enfin endormie, que son surveillant peut s'échapper. Cela rappelle cette obsédée de Morel[1], atteinte de rupophobie, « dont l'état émotif était si intense, qu'elle exigeait de son malheureux mari qu'il prît la douche avec elle, afin de pouvoir tenir au moins un bout de son peignoir et éviter une syncope, qui serait infailliblement arrivée ».

Chez les éreuthophobes, nous avons noté divers moyens employés par les malades pour prévenir la rougeur émotive : ne sortir que par certains temps favorables ou la nuit, passer au soleil, se faire rougir avant, enfin et surtout *boire*, pour se donner de l'aplomb, et aussi pour substituer la rougeur de l'alcool à la rougeur si redoutée de la confusion.

Rappelons enfin quelques cas classiques, en particulier celui de ce malade de Baillarger[2] qui se faisait toujours accompagner de quelqu'un chargé de lui dire si les femmes rencontrées étaient jeunes et jolies, et celui de Ball[3], qui ne quittait jamais une personne sans lui dire : « Vous

1. Morel, Loc. cit.

2. Baillarger, *Monomanie avec conscience*. Arch. clin. des malad. ment. et nerv., Masson, Paris, 1861, p. 140.

3. Ball, *Les impulsions intellectuelles*. L'Encéphale, 1881, p. 26.

me remettez? » afin d'éviter, l'un et l'autre, les doutes angoissants qui les assaillaient sans cela.

De ce dernier cas, on peut rapprocher tous ceux où les obsédés ont recours, comme moyen préventif de leurs accès, soit à un appui matériel ou moral, comme les agoraphobes, les staso-basophobes, qui s'aident d'une canne ou du bras de quelqu'un pour se tenir debout, marcher, sortir, soit à des formules et à des actions conjuratrices, variables à l'infini.

2° *Moyens destinés à combattre les accès.* — Les moyens de défense employés par les obsédés pour combattre les accès quand ils éclatent, consistent tous soit à dominer l'obsession par un effort de volonté, soit à la faire disparaître d'une façon détournée. Le premier procédé, nous le savons, ne réussit guère et ne détermine le plus souvent qu'une recrudescence de l'angoisse. Nous avons cependant connu quelques éreuthophobes qui, en se raidissant et en arrêtant momentanément leur respiration, parvenaient à enrayer plus ou moins complètement une crise imminente. Le second procédé réussit mieux ; aussi est-ce le plus couramment employé par les obsédés, qui s'y prennent généralement de deux façons : en s'efforçant de détourner leur attention de l'idée obsédante, ou en recherchant un appui moral.

Dans le but de détourner leur attention de l'idée obsédante, de « s'attentionner ailleurs », comme ils disent eux-mêmes fréquemment, les malades inventent mille trucs. Ils s'appliquent à penser à quelque chose de gai, de triste, à se rappeler un souvenir, un nom, un mot difficiles, à poursuivre un ouvrage ou

un travail absorbants, à rire, à pleurer, à crier, à chanter, à exécuter un geste, un acte inutiles, même ridicules et parfois dangereux. Tel ce malade, âgé de trente-sept ans, obsédé par la peur de tuer sa femme qui un jour, dans une crise, ne trouva rien de mieux que de se précipiter la tête la première sur le pavé, de la hauteur de la machine où il travaillait, dans l'espoir que le choc chasserait son idée.

Dans leur recherche d'un appui moral, les obsédés se montrent également très ingénieux. Cet appui, ils le demandent non seulement aux personnes, mais encore aux choses, aux objets, aux mots, à des formules, à des prières, etc., et ils s'empressent chaque fois d'y avoir recours, dès qu'éclate leur accès. Parfois même le moyen de défense, par sa répétition, peut devenir à son tour le point de départ d'une obsession, comme chez cette malade de Freud dont nous avons parlé qui, à force de se poser des questions subtiles, pour se rassurer contre sa phobie de la folie, tomba peu à peu dans l'obsession interrogative (Grübelsucht).

Nous ne relaterons pas d'observations de ce genre de moyens de défense. Elles sont innombrables, chaque malade ayant pour ainsi dire le sien. Nous en rapporterons du reste un assez grand nombre au chapitre concernant l'obsession de la rougeur.

3° *Moyens destinés à atténuer ou à dissimuler les effets émotifs des accès ou à empêcher leurs conséquences.* — Les moyens de défense employés par les obsédés uniquement pour atténuer les effets émotifs de leurs crises ou les dissimuler sont également des plus nombreux.

Beaucoup de sujets, en effet, font la part du feu. Ils savent qu'ils ne peuvent rien ou pas grand'chose sur leur obsession elle-même, et tous leurs efforts se limitent alors à souffrir le moins possible et à dissimuler leurs souffrances.

Nous nous bornerons à citer sommairement quelques exemples :

Une de nos malades, jeune fille de dix-neuf ans, est atteinte depuis plusieurs années, après avoir fortuitement cassé une aiguille, de la peur de semer partout des morceaux d'aiguille. Un jour, ayant traversé une des vignes de son père, elle fut prise d'une telle angoisse à l'idée qu'un morceau d'aiguille avait pu tomber sur un raisin, qu'elle fut obligée, à l'insu de tous, d'aller couper tous les raisins de la rangée traversée et de les enterrer profondément.

Une autre, dont nous avons déjà parlé, atteinte de phobie du pétrole et de l'huile, sacrifie sa robe, même neuve, quand elle croit avoir frôlé un objet contenant de l'huile ou du pétrole, afin de faire cesser son malaise moral.

Une autre, craignant d'avoir été contaminée, se cautérise avec une allumette enflammée.

Les obsédés du doute paient deux fois un objet quand ils ne peuvent s'assurer s'ils l'ont ou non soldé. Beaucoup d'obsédés de la contamination portent constamment des gants et en changent tous les jours ; ils se préoccupent sans cesse de leurs vêtements et de leur linge de corps, veillant avec le plus grand soin, dans la journée, à ce qu'ils ne soient frôlés par aucun contact, la nuit à ce qu'ils reposent,

pliés avec art, sur un dossier de chaise méticuleusement propre; ils font, enfin, des lavages de mains perpétuels.

Le lavage des mains, joue comme on sait un rôle important chez les obsédés, notamment chez ceux atteints de la crainte anxieuse non seulement de la souillure matérielle, mais aussi de la souillure morale, où il intervient dès lors comme un acte de purification symbolique, à la façon des ablutions des rites religieux.

Il existe quelque chose d'approchant dans la répétition plus ou moins réitérée d'une même action chez certains obsédés qui agissent ainsi non pas parce qu'ils croient avoir mal exécuté l'action elle-même, mais parce que, malgré leurs efforts, une pensée favorable, salutaire, n'y a pas correspondu.

Il faut signaler enfin les moyens de défense qui ont pour objet non plus seulement d'atténuer ou de dissimuler les effets émotifs des accès, mais d'en empêcher les conséquences fâcheuses. Ces moyens de défense s'observent surtout, cela se conçoit, chez les obsédés impulsifs qui se sentent poussés à mal faire. Ceux-ci aussi inventent mille moyens pour se mettre hors d'état d'exécuter l'acte redouté et ils vont on le sait, dans ce but, jusqu'à se faire lier ou enfermer.

En un mot, les procédés protecteurs, chez les obsédés, sont des plus nombreux et chaque variété d'obsession a, pour ainsi dire, les siens propres.

Tics moyens de défense. Obsessions et tics. — Parmi les moyens de défense qu'on observe chez les obsédés, une place à part doit être réservée aux *tics*.

Tantôt le tic est en rapport direct de nature avec

l'obsession. C'est le cas, par exemple, pour les obsédés du sacrilège ou du scrupule chez qui, à chaque tentation obsédante, s'oppose un brusque mouvement antagoniste de piété (signe de croix, génuflexion, oraison mentale ou verbale, etc.). C'est le cas aussi, entre bien d'autres, chez un de nos malades qui, hanté par l'idée anxieuse qu'une injection intempestive dans ses deux oreilles y a déterminé des désordres dangereux, introduit machinalement son index dans un des pavillons, en l'agitant, ou secoue sa tête en reniflant, comme pour déboucher les conduits auditifs. Ici il s'agit bien d'un mouvement spécial, qui trahit à lui seul la variété même de l'obsession.

D'autres fois, le tic est un mouvement de défense générale, indistinctement applicable à toutes les obsessions. C'est, par exemple, un signe énergique de dénégation, un froncement de sourcils, un clignement d'yeux, une grimace des lèvres, un soufflement, un crachotement, un claquement des doigts, un tapement du pied, la répétition d'un mot ou d'un chiffre, le tout exécuté dans un but libérateur.

Ces mouvements ne sont pas tous absolument involontaires, et, à ce titre, ne seraient pas tous des tics, si l'on s'en tenait rigoureusement à la définition du mot. Mais outre que la plupart sont spontanés et automatiques, comme ces gestes de révolte impulsive que provoquent normalement en nous certaines pensées pénibles, et dont ils ne sont, en somme, que l'exagération, les autres, volontaires peut-être au début, ne tardent pas à devenir, par leur répétition même, des réflexes en quelque sorte, c'est-à-dire de vrais *tics d'habitude*.

Il convient de ne pas confondre les tics que nous venons de signaler et qui sont, on le voit, de véritables moyens de défense contre les obsessions, soit avec des tics coexistant avec des obsessions, mais sans lien avec elles, soit avec des obsessions phobiques de tics ou peurs anxieuses de tiquer, soit enfin avec des *tics obsédants,* tics primitifs sur lesquels s'est peu à peu greffée une obsession qui, dès lors, a souvent pour effet de les entretenir et de les renforcer.

Cette question des relations cliniques de l'obsession avec le tic, très intéressante, et que nous ne faisons qu'effleurer ici, sera reprise, avec les développements qu'elle comporte dans le rapport en préparation de notre ami M. Noguès au Congrès de Grenoble.

CHAPITRE V

L'OBSESSION DE LA ROUGEUR

Nous avons, au cours des considérations générales qui précèdent, cité, autant que possible, des faits à l'appui. Mais il nous semble nécessaire, pour mieux saisir l'ensemble, de donner maintenant, à titre d'exemple, la description sommaire d'une variété spéciale d'obsession. Nous choisirons de préférence l'obsession de la rougeur ou éreuthophobie, parce que nous l'avons particulièrement étudiée et qu'elle nous paraît très apte à réaliser cette sorte d'illustration clinique.

La physiologie nous apprend que le phénomène de la rougeur émotive est, par ses côtés essentiels, un fait d'ordre psychique. Nous voudrions montrer qu'il peut aussi, dans certains cas, devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie[1].

1. Nous aurions désiré nous abstenir de baptiser cette obsession, parce que nous estimons que la nomenclature des phobies est déjà suffisamment longue et que nous n'avons aucun goût pour les néologismes médicaux inutiles. Cependant, pour nous

La rougeur émotive du visage s'accompagne habituellement, on le sait, d'un sentiment de trouble et de confusion. Ce sentiment est parfois très pénible, surtout chez les hommes. Il semble, en effet, que les femmes, qui rougissent davantage, en soient moins affectées, peut-être parce que la rougeur est une expression en accord avec la délicatesse de leur sexe et leur prête pour ainsi dire un charme de plus. On peut en dire autant des enfants qui rougissent beaucoup, mais qui, généralement, ne commencent de s'en tourmenter qu'à dater du moment de la puberté. La rougeur de l'homme a quelque chose de plus ennuyeux, de plus ridicule, sans doute parce que c'est un signe de timidité, de faiblesse, de féminisme.

conformer à un usage aujourd'hui établi, comme pour la commodité du langage, et à condition qu'on ne voie pas là le désir d'ériger un simple syndrome en maladie nouvelle, nous proposerons une dénomination à cette obsession Tout d'abord, nous la désignions entre nous par le nom d'*érythrophobie*. Mais ἐρυθρόν voulant dire simplement couleur rouge, érythrophobie ne pouvait signifier que *phobie du rouge* et non de la rougeur, d'où une source de confusion possible. Précisément l'un de nous a observé une dame qui, entre autres phobies, présente celle de la couleur rouge, à ce point qu'on a dû enlever de sa chambre tous les objets de cette teinte. Il y a donc là deux phobies très distinctes l'une de l'autre : la phobie du rouge, la phobie du bœuf ou du taureau, qu'on peut appeler l'*érythrophobie*, et la phobie de la rougeur, à laquelle on pourrait donner le nom d'*éreuthophobie*, de ἔρευθος, rougeur de la honte.

Mais, nous le répétons, nous ne tenons pas le moins du monde à ces dénominations, qui sont l'accessoire. Le point important, c'est le fait psychopathologique.

Parmi les individus sujets à rougir, il en est qui, sur le moment, sont plus ou moins gênés, décontenancés. Mais, la rougeur passée, ils n'y pensent plus. Chez d'autres, cette idée qu'ils ont rougi les poursuit et les tourmente, même dans l'intervalle. Ils y pensent, et, souvent, ce souvenir seul les fait rougir à nouveau. Chez certains, l'ennui d'avoir rougi se double de la crainte de rougir encore, de sorte qu'à tout instant, dans tous leurs actes, ils se montrent inquiets, timides, gênés, rougissant pour un rien, par la peur même de rougir, très malheureux de cet état ; si malheureux qu'ils appréhendent tout contact, tout rapport de société, et que beaucoup deviennent sombres, misanthropes et songent même au suicide.

Ces cas sont loin d'être exceptionnels. L'enquête que nous avons faite nous a montré que bien des jeunes gens avaient éprouvé, à un degré quelconque, ce trouble émotif, et c'était pour eux comme un soulagement d'apprendre qu'ils n'étaient pas, ainsi qu'ils l'avaient cru, les seuls à en avoir souffert. D'habitude, cette appréhension excessive de la rougeur n'a qu'un temps. Passé la jeunesse, vers trente ans, elle s'atténue ou disparaît, en même temps que la rougeur elle-même devient plus rare et moins pénible. Chez quelques-uns, cependant, la crainte de la rougeur prend les proportions d'une véritable obsession, qui empoisonne la vie et qui persiste durant de longues années, quelquefois indéfiniment.

Il existe donc, au point de vue de l'effet moral produit par la rougeur, comme une échelle de gra-

dation et nous pouvons, à cet égard, admettre trois degrés ou catégories.

Premier degré. — **Éreuthose simple.** — Au premier degré se placent des individus qui ont une facilité extrême, soit innée, soit acquise à rougir. Sous l'influence de conditions diverses, particulièrement de conditions physiques, extérieures ou intérieures, à tout bout de champ quelquefois, leur visage s'anime et se colore d'une façon plus ou moins intense et plus ou moins durable. Mais, chez eux, tout se borne là. Ce qui les distingue donc, c'est leur absence complète de préoccupation vis-à-vis de leurs rougeurs, pour si fréquentes et pour si marquées qu'elles soient. Ou ils ne s'en émeuvent pas, ou, s'ils se troublent, c'est sur le moment. Après, ils n'y pensent plus. Il nous paraît inutile de citer des faits de ce genre. Ils sont courants et n'offrent à vrai dire rien de pathologique. Nous les citons uniquement comme point de départ des états plus caractérisés qui vont suivre.

Deuxième degré. — **Éreuthose émotive.** — Au deuxième degré, nous trouvons des individus qui non seulement rougissent très fréquemment, mais qui s'en tourmentent plus ou moins. Chez les uns, l'aptitude à rougir n'est que temporaire et due à une cause accidentelle, climatérique ou pathologique. Ce sont des jeunes garçons, des jeunes filles au moment de la formation, des femmes à l'âge critique, des chloro-anémiques avec aménorrhée ou dysménorrhée. Chez les autres, l'aptitude à rougir est durable et fait pour ainsi dire partie du tempérament. Ce sont des délicats, des candidats à la tuber-

culose, des arthritiques, des nerveux, hystériques, neurasthéniques, ayant le plus souvent des névropathes et des tuberculeux dans leur famille et, presque toujours aussi, des parents ou collatéraux émotifs, sujets à rougir.

Ce qui caractérise ces sujets, c'est, d'une part, l'excessive disposition qu'ils ont à rougir, particulièrement dans les rapports de la vie courante avec leurs semblables, dans les circonstances où il faut *se montrer*; d'autre part, l'ennui que provoque chez eux cette disposition quasi-maladive et le désir qu'ils ont de s'en débarrasser. Mais cet ennui et ce désir ne vont pas jusqu'à l'obsession. Ils n'y pensent que de temps à autre, à la suite de leurs crises de confusion, qui les laissent honteux et irrités. Après, ils redeviennent gais. Tout cela, d'ailleurs, s'amoindrit ou cesse avec le temps. Comme exemple, et parmi tant d'autres, nous citerons les suivants, qui peuvent passer pour typiques.

Une jeune fille est prise à dix-huit ans de chloro-anémie avec aménorrhée et tous les jours, ordinairement à la même heure, elle éprouve des bouffées de rougeur, parfois d'un seul côté du visage. Tourmentée par la crainte de rougir en public, elle imagine, lorsqu'elle redoute quelques visites pour la journée, de se faire rougir chez elle au préalable en s'approchant des fourneaux de la cuisine, ayant remarqué qu'après avoir rougi une fois, elle en était quitte en général jusqu'au lendemain. Ayant observé également qu'elle ne rougit que peu ou pas par les clairs soleils et durant le fort de l'été, elle demande, sans oser dire pourquoi, à être mise en pension à Nice.

Chose étonnante! le vieux praticien qui soignait cette jeune fille, trouvant que ces rougeurs étaient un indice d'excès de sang, la saignait! Un traitement tonique et des bains de mer vinrent rapidement à bout de la chloro-anémie et de l'aménorrhée, si bien que les bouffées de rougeur disparurent et avec elles la préoccupation morale qui leur était liée.

La situation est la même pour beaucoup de femmes à la ménopause. Pour un rien, surtout aux repas, elles sont prises de bouffées subites, et certaines en sont très gênées. Aussi évitent-elles avec soin les grands dîners, où l'effet congestif de la digestion se double de celui de la chaleur, de la lumière, de la nécessité de se sangler dans un corset, de figurer en nombreuse société. Nous connaissons une dame qui, ayant fini par céder à une invitation de ce genre, éprouva un véritable malaise. Une rougeur l'ayant prise en effet, au moment où l'on parlait du Panama, malgré elle l'idée la prit qu'on pouvait établir un rapprochement entre sa rougeur et le Panama, ce qui l'émotionna très vivement.

Ces deux faits appartiennent à la catégorie des tendances temporaires à la rougeur émotive, dont nous parlions plus haut, à dues une cause, passagère elle-même, climatérique ou pathologique.

Voici maintenant, résumée par eux-mêmes, l'histoire de deux frères, étudiants en médecine, sujets par tempérament à la rougeur émotive, avec préoccupation, mais sans obsession.

Observation XLII. — J. X..., vingt-quatre ans, étudiant en médecine. Père nerveux, émotif, à émotion se

traduisant par des afflux de larmes, sans rougeur. Mère très sujette à la rougeur dans sa jeunesse, mais sans obsession. Rougit moins aujourd'hui. Tuberculeux dans la famille.

Une sœur et un frère sont sujets également à rougir.

J. X... « Rougit depuis l'âge de six à sept ans, mais principalement depuis la puberté. Rougit beaucoup dans la rue, gêné par les regards des passants. Rougit devant un étalage, à l'idée qu'on pourrait croire qu'il peut voler des objets exposés. Rougit dans les magasins à entrée libre, de peur d'être soupçonné d'être venu là pour voler, au café, lorsqu'il est seul, en tramway, en chemin de fer, surtout chez le coiffeur : rougit plus fréquemment en présence de plusieurs personnes, notamment d'étrangers. Seul, rougit rarement, et alors c'est au souvenir d'une commission non faite, d'une indélicatesse commise, du tort porté à quelqu'un, d'une maladresse qui l'a fait mal juger.

« Rougit moins par un temps clair et chaud ; davantage par un temps lourd et couvert. Rougeur variable et intermittente. Reste des semaines sans rougir, puis rougit très souvent pendant d'autres semaines.

« Il sent venir la rougeur. Il éprouve une sensation vague d'avoir dans la poitrine une certaine quantité de sang en trop : un verre environ. Ce sang serait prêt à monter à la face. Quand la rougeur avorte, ce qui arrive quand la cause cesse, le trop-plein du sang semble s'être arrêté à la gorge, puis redescendre, comme un index de liquide qui monterait ou descendrait dans un tube.

« Quand la rougeur est très intense, le front se couvre de gouttelettes de sueur, surtout quand la rougeur s'est produite quatre ou cinq fois dans un court espace de temps. Avec la rougeur, sensation de chaleur exagérée à

la tête, battements forts des artères. Quelquefois, mais rarement, palpitations cardiaques. Éprouve, parfois seulement, de la confusion. Il se tourmente par moments de son état, mais peu, et cela ne l'empêche aucunement après d'être très gai. »

Quant aux moyens qu'il emploie pour cacher sa rougeur ou l'empêcher, les voici : s'il se trouve avec des gens qui savent qu'il rougit pour un rien, il n'essaie pas de cacher sa rougeur ; sinon, il tente de la dissimuler, le plus souvent au moyen de ses mains, dans la pose où, les coudes appuyés, on se tient la tête entre les doigts. S'il est au café, ou en chemin de fer, ou en tramway, il use du journal, dans lequel il semble se plonger, et derrière lequel il s'abrite. Voyant dans la rue une personne connue qui doit l'impressionner, et sentant venir la rougeur, il change de trottoir ou de rue, ou bien il revient sur ses pas. Pour empêcher l'afflux du sang au visage, il arrête son souffle après une forte inspiration et reste aussi longtemps que possible sans expirer.

Observation XLIII. — P. X..., étudiant, frère du précédent. Se rappelle avoir toujours été facile à émotionner et à faire rougir. Les larmes arrivent aussi très facilement. A dix-huit ans, crise de neurasthénie, troubles gastriques, maux de tête, névralgies, diminution de la faculté d'attention.

La rougeur survient assez irrégulièrement, mais il n'est guère de jour où P. X... ne rougisse pas, hormis par les temps froids. Il se dit : « Je vais rougir », et alors il tente d'arrêter le phénomène qui ne se produit jamais immédiatement. Pour cela, il essaie de penser à autre chose, mais le plus souvent le moyen ne réussit pas et il sent affluer le sang.

Dans les cas les plus ordinaires, il éprouve au moment de la bouffée, une simple sensation de chaleur à la face. S'il se trouve avec quelqu'un, il parle vite, sans savoir

ce qu'il dit, afin de détourner l'attention de l'interlocuteur, et de faire croire qu'il est occupé d'autre chose que de sa rougeur ; mais il y pense et en est confus. Si on le lui fait remarquer, il en ressent de l'humeur, vite réprimée et il se plaisante lui-même. Dans ce cas, il ne se préoccupe pas beaucoup de l'incident.

Dans les cas plus forts, par exemple au milieu d'une compagnie, il lui arrive tout à coup de *penser qu'il pourrait rougir*. Cette pensée l'inquiète; il essaie alors d'intéresser plus vivement son esprit à ce qui se dit, et réussit parfois à ne pas rougir. Sinon, la rougeur arrive à son comble. Des bouffées successives montent ; le corps se couvre de sueur, avec sensation d'horripilation. P. X... sent alors son cœur battre avec violence, ainsi que les artères de la tête et du cou.

Il ne se souvient pas d'avoir rougi dans l'obscurité. Quand il est seul, il rougit rarement, et alors exactement sous l'influence des mêmes causes que son frère.

Il rougit rarement dans la rue, redoute les pensionnats de jeunes filles, car la pensée d'une rougeur possible lui vient alors fatalement. Au café, en tramway, en chemin de fer, chez le coiffeur, même chose que son frère. Sa disposition à rougir ne le rend malheureux que par instants, quand il y songe, mais ne constitue pas le moins du monde une obsession.

Troisième degré. — **Éreuthose obsédante** *(Éreuthophobie)*. — Nous avons parlé jusqu'ici des individus qui, soit temporairement, soit d'une façon durable, étaient sujets à rougir et qui s'en tourmentaient plus ou moins, mais dont la préoccupation n'était qu'intermittente et relativement peu intense. Il en existe d'autres chez lesquels la préoccupation de la rougeur constitue une obsession véritable, une phobie extrê-

mement pénible et tenace. Ce sont ceux de notre troisième catégorie.

Nous avons, dans ces dernières années, observé une quinzaine de cas typiques de ce genre et c'est en rapprochant ces cas que nous allons résumer les traits principaux de l'obsession à laquelle ils se rapportent.

Et d'abord, à l'exception de deux dames présentant d'ailleurs des particularités spéciales, nos sujets étaient tous des hommes, ce qui confirme ce que nous disions plus haut de l'influence psychique prépondérante de la rougeur dans le sexe masculin. On trouve bien des femmes atteintes d'éreuthose émotive, c'est-à-dire plus ou moins préoccupées de la crainte de rougir, mais l'obsession proprement dite, l'éreuthophobie, paraît être plus spéciale à l'homme. Presque tous nos sujets étaient jeunes, et âgés seulement de vingt à trente ans.

Tous avaient des nerveux, des alcooliques ou des tuberculeux dans leur famille. Tous avaient dans leurs ascendants, leurs collatéraux et même dans leurs descendants des individus timides et enclins à rougir. A part une des femmes, entachée d'hystérie, tous étaient des *neurasthéniques constitutionnels,* quelques-uns, en plus, des dégénérés à stigmates. Tous se souvenaient d'avoir rougi dès l'enfance, mais ils n'avaient commencé à s'en inquiéter qu'à dater de la puberté, entre douze et dix-huit ans, le plus souvent à l'occasion d'un incident fortuit, d'une crise de rougeur particulièrement désagréable, se rattachant de préférence au domaine de la sexualité. Ce choc émotionnel avait été par exemple : chez les garçons, la crainte qu'on

devinât leurs habitudes d'onanisme ou qu'on les soupçonnât d'en avoir ; chez les jeunes filles, la peur qu'on les crût capables d'attribuer un sens mauvais à des paroles ou à des choses qui leur paraissaient d'instinct équivoques ; chez les femmes enfin, le récit entendu un jour, d'un fait contraire à la pudeur, aux bonnes mœurs, surtout au devoir conjugal. A dater de ce moment, la facilité des malades à rougir, souvent objet d'allusions et de quolibets, les avait émus, tourmentés et ils en étaient arrivés à ne plus penser qu'à cela, ce qui les rendait très malheureux.

Identiques comme origine et comme début, tous ces cas offrent aussi symptomatiquement des caractères identiques. Ainsi, les crises de rougeur surviennent dans les mêmes conditions, sous l'action des mêmes influences. Les malades sont unanimes à constater qu'ils sont plus ou moins sujets à rougir, suivant le temps. Par les froids secs de l'hiver ou par les grands soleils de l'été, ils rougissent moins et s'en montrent d'autant plus heureux que la coloration plus vive de leur visage à ce moment leur semble un moyen naturel de protection et de dissimulation contre leur pénible infirmité. En revanche, par les temps chauds, orageux et humides, ils rougissent beaucoup plus. Certains, véritables baromètres, sentent par avance, à des malaises déterminés, que le temps va se couvrir et alors, s'ils le peuvent, ils ne sortent pas, pour éviter de rougir à tout bout de champ.

Généralement, ils sont mieux le matin que le soir. Toutefois lorsque vient la nuit, ils recouvrent à la faveur de l'ombre leur activité, leur aplomb et même de la gaieté. Entrer dans un salon, dans un magasin,

dans un restaurant, dans un café, dans un lieu public, parler ou agir devant du monde, est pour eux d'une difficulté très grande, souvent insurmontable et lorsqu'ils essaient de se faire violence, c'est au prix d'une émotion qui touche parfois à l'angoisse. Un des actes les plus pénibles de la vie est, pour la plupart, d'aller se faire raser ou couper les cheveux chez un coiffeur. Pour quelques-uns, c'est un véritable supplice que de sentir le barbier penché sur leur visage et les regardant. Ils ont beau lire un journal, fermer les yeux, essayer de penser à autre chose, toujours cette idée les obsède: « Si tu venais à rougir, quel ennui ! » et cela suffit presque toujours à les faire rougir ; ils ont beau se débattre, ils finissent par succomber et deviennent écarlates.

Ils peuvent facilement traverser une rue quand elle est déserte ; mais s'il y a du monde, surtout si on a l'air de les regarder, ils se troublent, s'agitent et ne savent à quoi se résoudre pour se tirer d'embarras.

Devant des gens connus, surtout devant des dames ou des jeunes filles, leur émoi est extrême. L'un d'eux, obligé de passer devant un atelier de couturières, en sortant de son travail, ne pouvait le faire qu'en prenant son élan et en se mettant à courir une fleur à la bouche pour se donner une contenance. Un jour, interpellé au passage par l'une des ouvrières, il rougit et trembla si violemment qu'il fut obligé de se cramponner pour ne pas tomber et à la suite de cet incident, honteux et désespéré, il s'empressa de quitter le pays.

Beaucoup évitent de manger dans un restaurant et s'astreignent à prendre leurs repas seuls, en famille

ou dans une maison particulière. Quand ils sont à table, en compagnie, si on parle autour d'eux, si on s'occupe d'autre chose, ils sont calmes. Si on les regarde, si on les interpelle, si surtout ils sont obligés de parler, ils se troublent aussitôt et rougissent. Au théâtre, ils sont généralement tranquilles, parce que leur attention et celle des spectateurs est attirée ailleurs.

Certains sujets de conversation, certains propos les font rougir davantage. Si on parle d'un méfait, par exemple, ils rougissent comme s'ils étaient coupables. A cet égard, il y a lieu de distinguer ceux qui sont émus à l'évocation d'un acte répréhensible quelconque : vol, indélicatesse, mensonge, grossièreté, etc, et ceux qui ne se troublent que lorsqu'il s'agit d'une faute d'ordre spécial, toujours la même. C'est le cas surtout pour les femmes éreuthophobes qui souvent, pour si chastes qu'elles soient, rougissent anxieusement au seul mot d'*adultère,* soit qu'un doute anxieux s'éveille en elles sur leur fidélité absolue, même de pensée, soit qu'elles se sentent irrésistiblement prises de la crainte d'être soupçonnées et mal jugées à cet égard. Les malades rougissent aussi s'ils commettent une maladresse, une gaucherie, une infraction quelconque aux règles de l'étiquette ou si seulement on les commet devant eux. Ils rougissent non seulement s'ils font mal, mais aussi s'ils font bien, par exemple quand ils donnent une aumône en public, de peur d'être taxés d'ostentation.

La plupart de leurs rougeurs ont pour cause une pensée secrète, une appréhension quelconque, surtout celle de rougir, qui ne les quitte pas. Même seuls,

elle les obsède et c'est ainsi qu'il arrive à certains de rougir dans la solitude, au souvenir d'un incident désagréable, d'une confusion pénible, ou d'un obstacle difficile à surmonter pour leur timidité.

La crise de rougeur, à part quelques différences légères, est la même chez tous les malades. Presque toujours elle survient au moment où ils se disent : « Si j'allais rougir ! » ou encore : « Je vais rougir. »

Généralement ils la sentent venir. L'un dit que « ça part dans l'intérieur du corps comme une faiblesse de cœur qui monte jusqu'aux tempes et produit l'agitation du sang et des picotements comme des pointes d'aiguilles ». Un autre ressent « un poids sur l'estomac, un resserrement dans les hypocondres, des palpitations, des bouffées, de l'angoisse, etc. » Un autre éprouve d'abord des palpitations. Son cœur bat violemment. Puis sa respiration devient oppressée, haletante. Le sang lui monte violemment à la tête. Ses oreilles bourdonnent. Ses tempes battent. Ses yeux ne voient plus. Ses paupières s'agitent convulsivement. Sa tête est lourde. Ses jambes se dérobent et vont de travers. Sa bouche se tourne dans tous les sens et grimace, sa langue remue, mais il ne peut parler. Son corps est agité d'un tremblement général.

La rougeur est plus ou moins vive suivant les cas. Elle va du rouge clair au rouge écarlate, sans que ces variations de nuances aient une influence quelconque sur l'état de l'esprit, et à cet égard on peut dire que l'intensité de l'obsession n'est nullement en rapport avec l'intensité de la rougeur. Parfois on constate très nettement le pouls capillaire. L'étendue de

la rougeur est également des plus variables. Le plus souvent elle est limitée à la face et s'arrête au cou. Elle peut exceptionnellement descendre plus bas. On a, du reste, cité quelques faits physiologiques où la rougeur avait envahi tout le corps. Une sensation de chaleur souvent très vive accompagne la rougeur. Une sueur plus ou moins abondante et plus ou moins généralisée, parfois compliquée d'autres phénomènes de réaction émotive (émission de larmes, besoin d'uriner, diarrhée subite, etc.), survient d'habitude et marque, dans ce cas, la dernière période de la crise qui ne se prolonge guère au delà de quelques instants.

Dès le début, les sujets sont dans un état de trouble et d'angoisse inexprimable. Plusieurs pensées les assaillent. Ils ont peur qu'on les trouve timides, ridicules, qu'on les prenne pour des ivrognes, qu'on croie qu'ils ont fait un mauvais coup, qu'on se moque d'eux, qu'on fasse sur eux des réflexions désobligeantes, etc. Ils voudraient fuir, chercher les ténèbres, se cacher dans quelque profondeur inaccessible, s'enfoncer sous terre, s'anéantir (DARWIN). « *Timidus animus recedit ab externis in se ipsum, et lubentissime si posset correperet usque ad punctum mathematicum* (HUSCHKE). Certains éprouvent une grande confusion d'idées, du vide dans le cerveau, du vertige mental, une perte partielle et momentanée de la notion de leur être et du milieu, et alors ils restent stupides ou se mettent à parler à tort et à travers sans savoir ce qu'ils disent ; d'autres ressentent, en même temps que de la confusion, un sentiment de colère contre tout le monde, surtout contre eux. Ils sont furieux « d'être comme

ça ». Aussi, à ce moment, si on les regarde, si on a l'air de sourire, si on fait la moindre allusion à leur rougeur, ils se fâchent, deviennent grossiers, même violents. L'un d'eux s'écriait alors : « Qu'est-ce que ça peut vous foutre que je devienne vert, rouge ou bleu ? » et il s'en allait furieux. Un autre menaçait et pour un rien aurait frappé. Il y a là un court moment où l'obsédé a de la peine à rester maître de lui. C'est la vraie *furor brevis* des anciens.

Quand la crise s'achève, la rougeur diminue rapidement et fait place parfois à de la pâleur : les phénomènes concomitants disparaissent, la confusion se dissipe et le sujet reste partagé entre l'ennui d'avoir rougi si bêtement et la satisfaction de n'avoir pas à rougir de quelque temps. Ces crises, d'intensité variable, se renouvellent plus ou moins fréquemment. Quelquefois elles se produisent plusieurs fois par jour. D'autres fois elles cessent pendant plusieurs semaines. Nous avons vu plus haut quelles sont les influences qui les favorisent.

En dehors de l'état mental de la crise ou du paroxysme, que nous venons d'indiquer, les sujets continuent, même dans l'intervalle, d'être préoccupés par l'idée de leur rougeur. Ils en sont tyranniquement obsédés. Ils ne pensent plus qu'à ça. Ils ont beau essayer de chasser ce tourment de leur esprit, ils n'y parviennent pas et l'un d'eux nous disait : « C'est comme si un bossu voulait ne plus penser à sa bosse. »

Presque tous cherchent à se rendre compte de leur infirmité, à s'analyser. L'un est préoccupé surtout de savoir « comment il se fait qu'il y ait des personnes

pâles, dont la figure ne rougit jamais, et d'autres chez qui le sang afflue pour un rien au visage. Pourquoi ces différences? Est-ce que le sang est plus éloigné de la peau chez les uns que chez les autres? — Un autre est persuadé « qu'il n'est pas comme tout le monde, qu'il a le cerveau faible, qu'il n'y a pas chez lui équilibre entre le cerveau et le sang ». Il se croit « un malheureux martyr par la souffrance morale. Sa mère aurait mieux fait de se foutre à la rivière ou dans un couvent au lieu de faire des enfants ».

Tel est leur état mental dans l'interparoxysme, telles sont les pensées qui les torturent, et ce qui augmente leur souffrance, c'est que, comme la plupart des obsédés, ils la cachent à tous sauf au médecin à qui ils s'ouvrent en confidence, lui parlant de leur obsession avec une émotion angoissante et la lui peignant comme un supplice de tous les instants, qui empoisonne littéralement leur vie. Quelquefois même, ils gardent la pudeur de leur mal jusque vis-à-vis du médecin et, n'osant le lui révéler verbalement ou entrer de vive voix dans des détails trop pénibles, ils ont recours, comme beaucoup de neurasthéniques, au *petit* ou mieux au *grand papier*, c'est-à-dire à la confession écrite.

On comprend, dans ces conditions, que ces malheureux ne vivent pas de la vie de tout le monde. Non seulement ils restent, le plus souvent, des célibataires endurcis, mais encore ils fuient tout contact, tout plaisir, s'enfermant dans une solitude sombre et farouche, songeant à en finir par le suicide s'ils ne guérissent pas, tombant, s'ils sont intelligents et instruits, dans ce pessimisme amer et subtil qu'on

rencontre si souvent, comme l'a montré l'un de nous, chez les neurasthéniques supérieurs[1]. L'obsession de la rougeur peut se compliquer d'autres obsessions, au milieu desquelles elle reste prédominante. Nous avons constaté notamment, coexistant avec elle, l'obsession du doute, l'obsession scrupuleuse, l'inhibition génitale émotive et, dans un cas, l'onomatomanie et l'arithmomanie avec tics.

Ce qu'il y a de vraiment curieux, ce sont les artifices auxquels ont recours les éreuthophobes soit pour empêcher, soit pour dissimuler leurs crises de rougeur. S'empêcher de rougir est pour eux chose des plus difficiles, car pour faire effort dans ce but il faut y penser, et penser à la rougeur c'est incontestablement le meilleur moyen de la provoquer. Ils n'ont donc qu'un seul procédé un peu efficace, c'est de penser à autre chose. Beaucoup en usent, et, au moment où ils sentent venir la rougeur, ils essaient de détourner leur esprit, de « s'attentionner ailleurs », comme ils disent, soit en lisant un journal, soit en causant avec quelqu'un, soit en parlant tout seuls à haute voix, soit en s'occupant à regarder, à sentir, à manipuler, à mâcher, à faire quelque chose : comme celui de nos sujets, un ouvrier, qui plaçait une règle sur son épaule et la balançait doucement dans la rue, à la fois pour se captiver et pour se donner une contenance. Cela réussit quelquefois, mais pas tou-

1. E. Régis, *La médecine et le pessimisme contemporain*. Conférence faite à la Société des amis de l'Université de Bordeaux, 1898. Bordeaux, imprimerie Gounouilhou.

jours, et il est en somme assez rare que les obsédés de la rougeur puissent s'opposer à leur crise.

En revanche, ils ont mille moyens, plus ingénieux les uns que les autres, pour la dissimuler lorsqu'elle survient.

Parmi ces moyens, certains leur sont pour ainsi dire communs et tous y ont naturellement recours : ils consistent à se cacher la figure derrière un journal en faisant semblant de lire, à se couvrir le visage avec les mains ou avec un mouchoir en simulant de se moucher, de s'essuyer la figure, de souffrir des dents, etc., etc.

La plupart ont des procédés particuliers. L'un enfonce son chapeau sur ses yeux et prend l'attitude d'un homme harassé, qui n'en peut plus ; un autre se couvre de son parapluie ; un autre fait semblant de lire des affiches ; un autre, si on lui adresse brusquement la parole, quand il est à son travail, se baisse et a l'air de chercher quelque chose sous un meuble, etc. Mais le moyen employé le plus volontiers par les malades, à la fois pour empêcher et pour cacher leur rougeur, c'est de *boire*. Les deux tiers au moins de nos sujets se livraient à la boisson dans ce but.

Boire, pour eux, réalise un double avantage. En premier lieu, cela leur donne plus d'assurance, leur permet d'affronter les regards, de parler et d'agir comme tout le monde ; en second lieu, la boisson colore leur visage et cette coloration rend, pensent-ils, leur rougeur émotive beaucoup moins visible. Pure illusion d'ailleurs, car nous en connaissons un devenu un ivrogne rubicond, chez lequel les bouffées

de rougeur sont restées tout aussi apparentes. Les boissons auxquelles ils ont recours de préférence sont les plus fortes, l'eau-de-vie, le rhum, l'absinthe. Deux de nos malades ont fini à la longue par présenter des symptômes physiques et psychiques d'alcoolisme et cependant la boisson leur répugnait et ils n'y avaient recours que par les temps et dans les circonstances où ils redoutaient de rougir. L'un d'eux s'étant aperçu à vingt et un ans que, quand il avait bu, il avait du *toupet* comme les autres, se mit à boire de temps en temps de l'alcool et de l'absinthe, pour se préserver de sa rougeur. Et comme il avait remarqué que l'excitant mettait environ vingt minutes à faire son œuvre, il avait soin de boire une petite demi-heure avant d'accomplir les actes qui coûtaient le plus à sa timidité. A ce moment, un peu étourdi, il aurait parlé, chanté, joué la comédie, bravé le monde entier.

Mais ce ne sont là que des palliatifs. Ce que voudraient surtout ces malheureux, c'est ou ne plus rougir, ou masquer leur rougeur d'une façon constante. Ils conçoivent, à cet effet, toutes sortes de combinaisons étranges, qu'ils viennent proposer au médecin. L'un voudrait se poudrer la figure avec une poudre blanche imperceptible, comme les femmes. Un autre demande à être délivré de son obsession par la suggestion. Un troisième, dans une lettre à l'un de nous, s'exprime ainsi : « Ne pourrait-on pas empêcher les gens de rougir malgré eux? N'est-il pas une teinture imitant le rouge naturel, qui pourrait donner au teint une nuance feu permanente, de façon à avoir toujours le visage coloré? ou bien ne

pourrait-on pas infiltrer entre la première et la deuxième peau un liquide quelconque, absolument comme on fait pour un tatouage, seulement au lieu d'être bleu, ce serait rouge [1]? »

L'histoire la plus curieuse, à cet égard, est celle de A..., l'un de nos malades. Désireux de guérir à tout prix, il entre à l'hôpital Saint-André et réclame des sangsues. On lui applique quatre sangsues dans la région mastoïdienne et on laisse couler le sang assez abondamment. Le lendemain, le malade se sent mieux, mais il demande déjà une saignée plus forte, et, peu de jours après, mécontent du résultat, il réclame une opération plus radicale, la ligature des deux carotides.

On se décide à lui donner un semblant de satisfaction et à pousser l'essai de psychothérapie à ses dernières limites. M. le Pr Demons, après avoir endormi A..., lui fait une longue incision sur le trajet de la carotide droite. La plaie est refermée à l'aide de plusieurs points de suture et recouverte d'un pansement complet. Sur la pancarte, on inscrit, en gros caractères : « Ligature de la carotide droite. »

Tout d'abord, le malade se trouve soulagé ; il se regarde constamment à la glace. Le dixième jour, on enlève les points de suture et on continue le pansement. Depuis plusieurs jours déjà, A... est inquiet ; il trouve que l'effet produit laisse à désirer et demande

1. Le malade dont Casper a rapporté l'histoire essaya de se farder ; il eut ensuite l'idée de se crever les yeux pour ne plus sentir peser sur lui des regards humains ; il finit, enfin, par se tuer.

la ligature de l'autre côté. Il redevient obsédé, irascible, violent. Il est renvoyé de l'hôpital après une algarade. Depuis, il est plus obsédé que jamais et ne cesse de réclamer une opération nouvelle. « La carotide, dit-il, a réussi dans un genre parce que le sang monte moins, mais le cerveau est toujours très faible. C'est là qu'il faudrait travailler, prendre le mal dans sa racine. Pour moi, ce qu'il faudrait, ce serait un changement de cerveau, une extraction du cerveau. Que voulez-vous ? Mourir pour mourir ! »

On voit suffisamment par ce qui précède que l'obsession de la rougeur est, en général, des plus *tenaces*. Chez aucun de nos sujets, malgré tout ce que nous avons pu tenter, nous n'avons réalisé d'amélioration notable. Ce n'est que dans un cas où la peur de la rougeur s'est trouvée liée à l'hystérie, que nous avons pu obtenir quelque chose, en particulier de la médication psychique, de la suggestion à l'état de veille, l'hypnose étant restée impossible. Chez nos autres malades qui étaient ou neurasthéniques ou dégénérés, nous ne sommes arrivés à rien et ils semblent voués à perpétuité à leur torture morale. Dans ces cas, l'état se caractérise, comme dans la plupart des obsessions chroniques, par une succession irrégulière de périodes d'accalmie et de périodes de paroxysmes plus ou moins aigus.

D'une façon générale, toutefois, la tendance à la rougeur et, par suite, la phobie qui lui est liée s'atténuent avec les années, et il est rare qu'elles persistent jusque dans la vieillesse. Il en est parfois ainsi cependant. Nous citerons, comme exemple, le fait d'un magistrat allemand qui, dans l'auto-observation

qu'il nous a adressée, déclare qu'à 69 ans il n'est pas encore débarrassé de ses rougeurs. Nous pouvons citer également le cas de Jean-Jacques ROUSSEAU, ce type de neurasthénique artério-scléreux, à qui rien ne manquait des manifestations de l'émotivité spasmodique et vaso-motrice, pas même la rougeur de la timidité. « La facilité de ROUSSEAU à rougir, allant presque jusqu'à la crainte obsédante, jusqu'à l'éreuthophobie, n'est pas moins évidente et, chose assez rare, car elle disparaît habituellement à la maturité de la vie, il l'a conservée jusqu'à un âge avancé. Voici un épisode contemporain de ses *Rêveries,* c'est-à-dire se plaçant peu de temps avant sa mort à 66 ans :

« Il y a quelque temps que M. F... m'engagea, contre mon usage, à aller, avec ma femme, dîner, en manière de pique-nique, avec lui et M. B..., chez la dame X..., restauratrice, laquelle et ses deux filles dînèrent aussi avec nous. Au milieu du dîner, l'aînée, qui est mariée depuis peu, et qui était grosse, s'avisa de me demander brusquement, et en me fixant, si j'avais eu des enfants. Je répondis, en *rougissant jusqu'aux yeux,* que je n'avais pas eu ce bonheur. Elle sourit malignement en regardant la compagnie: tout cela n'était pas bien obscur, même pour moi. » Quant à la timidité de ROUSSEAU, elle était telle qu'il n'osait entrer dans une boutique pour y acheter les objets qu'il convoitait, qu'il ne pouvait jouer du clavecin devant quelqu'un sans trembler, qu'il fuyait la société et les salons de peur de s'y troubler, de paraître stupide, qu'il était embarrassé, même devant des enfants. Cette timidité, il l'a signalée lui-même

maintes fois, notamment en ces termes : « Prenez-moi dans le calme, je suis l'indolence et la timidité même ; tout m'effarouche, tout me rebute ; une mouche en volant me fait peur ; un mot à dire, un geste à faire épouvantent ma paresse ; la crainte et la honte me subjuguent à tel point que je voudrais m'éclipser aux yeux de tous les mortels. S'il faut agir, je ne sais que faire ; s'il faut parler, je ne sais que dire ; si l'on me regarde, je suis tout décontenancé[1]. »

L'obsession de la rougeur offre ceci de particulièrement intéressant qu'elle se lie non à une condition quelconque, extérieure à l'individu, mais à un phénomène émotionnel intime, représenté par une modification vaso-motrice. Elle paraît donc offrir un terrain de choix pour l'étude des rapports de l'*idée fixe* avec l'*émotion*.

On sait qu'à l'heure actuelle un mouvement se dessine, en psychologie, relativement à la théorie de l'émotion. D'une part, les états affectifs, généralement regardés jusqu'ici comme secondaires et subordonnés aux états intellectuels, tendent à être considérés comme primitifs ou autonomes. D'autre part, l'émotion n'est plus une faculté morale d'essence inconnue ; elle devient un fait biologique distinct composé de deux éléments : l'un physique, primordial, la modification vaso-motrice ; l'autre psychique, consécutif, le sentiment, et on arrive déjà à la définir « la conscience des variations neuro-vasculaires ».

1. E. Régis, *La maladie de J.-J. Rousseau*. La Chronique médicale, 1900.

De ce mouvement psychologique, qui a pour représentants principaux Bain, Spencer, Maudsley, James[1], Lange[2], Ribot[3], on peut rapprocher un mouvement similaire qui se produit en psychiatrie à l'étranger et qui a pour objet de faire ressortir et de mettre en évidence, dans certaines affections mentales, la prépondérance du trouble émotif, de l'angoisse (névrose d'angoisse de Freud[4], psychoses angoissantes de Wernicke[5], etc.).

Les conséquences de ce double mouvement peuvent être considérables et, s'il aboutit, on entrevoit déjà que l'affectivité devenue une sphère spéciale, importante de la vie psychique, aura sa pathologie comme sa physiologie et que toute une série de formes morbides, classées aujourd'hui parmi les maladies intellectuelles, depuis l'obsession « équivalent affectif de l'idée fixe » (Ribot), jusqu'à la mélancolie anxieuse (angoisse aiguë), deviendront des maladies de l'émotivité.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ce serait, en fin de compte, admettre des *délires émotifs*, très étroitement liés aux variations vaso-motrices, c'est-à-dire revenir après trente ans, et par le fait

1. James, *Mind*, 1879.

2. Lange, *Les émotions, étude psychophysiologique*. Traduction du Dr Georges Dumas. Alcan, Paris, 1895.

3. Ribot, *La psychologie des sentiments*. Bibliothèque contemporaine, Alcan, Paris, 1896.

4. Freud, *La névrose d'angoisse*. Neurologisches Centralblatt, 15 janvier 1895.

5. Wernicke, *Les psychoses angoissantes*. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. B. 53, H. 1895.

même de l'évolution scientifique, à la conception de Morel, ce clair génie de la psychiatrie française qui a décrit en 1866 les obsessions sous le nom de *délire émotif* et les a rattachées à une névrose du système nerveux ganglionnaire [1].

L'état actuel de nos connaissances ne permet pas de se prononcer encore et on ne peut que souhaiter de voir les recherches s'engager dans le sens de celles de Lange, Klippel et Dumas [2], c'est-à-dire à la fois dans la voie psychologique et dans la voie expérimentale. Mais ce qui est évident déjà, c'est que le rôle de l'émotion dans certains états psychopathiques, comme l'obsession, est plus considérable qu'on ne le croit généralement, plus considérable même que celui de l'idée fixe, et que, dans ces états, les phénomènes vaso-moteurs ne font jamais défaut, à côté du phénomène émotionnel proprement dit.

C'est à ce point de vue, c'est-à-dire au point de vue des rapports de l'élément mental et de l'élément affectif de l'obsession, de l'idée fixe et de l'émotion, que l'étude des phobies qui ont pour objet une des manifestations plus ou moins directes de la fonction vaso-motrice, telles que la rougeur, la pâleur, la sueur, la miction, la défécation, etc., est, ainsi que nous le disions plus haut, particulièremeut intéressante.

Nous n'avons pu, l'attention n'étant pas encore suf-

1. Morel, *Le délire émotif,* névrose du système nerveux ganglionnaire. Arch. gén. de médecine, 1866.

2. Klippel et Dumas, *Des paralysies vaso-motrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux.* Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, t. II, Masson, 1896.

fisamment attirée sur ce point au moment où nous recueillions nos observations, étudier expérimentalement les réflexes vaso-moteurs chez nos obsédés, soit durant la crise paroxystique de rougeur, soit dans l'état interparoxystique. Nous pouvons néanmoins tirer des faits quelques déductions de psychologie clinique.

Et d'abord, il est incontestable que dans tous les cas la tendance à la rougeur émotive précède, parfois de plusieurs années, la crainte de rougir, et cela non seulement chez les éreuthosiques simples, mais aussi chez les vrais éreuthophobes qui, nous l'avons vu, rougissent depuis l'enfance, alors qu'ils ne commencent à s'en inquiéter réellement qu'à dater de la puberté, c'est-à-dire de l'éveil des fortes impressions affectives. C'est donc la tendance excessive à rougir, tendance ordinairement innée et héréditaire, qui ouvre d'abord la scène; puis survient le sentiment de confusion, jusque-là peu marqué, et, enfin, l'idée fixe, qui se greffe sur ce complexus émotif comme une sorte de complication. L'ordre de succession des phénomènes est donc le suivant : *phénomène vaso-moteur* (rougeur); *phénomène émotif* (confusion); *phénomène intellectuel* (idée fixe).

D'autre part, si l'on envisage la maladie non plus dans la succession de ses phénomènes, mais au point de vue de la gravité croissante de ses diverses modalités, la même dissociation des trois éléments qui la composent se retrouve et dans le même ordre.

Ainsi l'*éreuthose simple*, nous l'avons vu, n'est autre que la tendance excessive à rougir, innée ou acquise, sans émotion morbide et sans idée fixe, c'est-

à-dire la maladie réduite à son élément *vaso-moteur*.

L'*éreuthose émotive*, elle, est la tendance à rougir avec émotion morbide, sans idée fixe, c'est-à-dire la maladie avec ses deux éléments *vaso-moteur* et *affectif*.

L'*éreuthophobie*, enfin, est la tendance à rougir avec émotion morbide et idée fixe, c'est-à-dire la maladie au complet, avec ses trois éléments *vaso-moteur, affectif, intellectuel*.

On retrouve donc, dans l'ordre de gravité des formes morbides comme dans l'ordre de succession des symptômes, la rougeur à la base, et l'idée fixe au sommet, à titre de couronnement possible de l'édifice pathologique.

Ajoutons aussi que la rougeur et la peur de rougir ne sont nullement en proportion constante et directe; une disposition fréquente et violente à la rougeur, même avec réaction affective intense, peut coïncider avec une absence complète d'idée fixe, et, d'autre part, une préoccupation mentale très vive peut accompagner une disposition des plus légères à rougir. Toutes ces constatations sont en accord avec la théorie actuelle de l'émotion.

Un fait, toutefois, semble plaider contre l'antériorité et la prépondérance absolues, dans la phobie de la rougeur, de l'élément affectif. C'est que les crises de rougeur, une fois l'obsession créée, sont généralement engendrées par « l'idée » de rougir, c'est-à-dire par l'élément intellectuel. La plupart des malades, nous l'avons vu, sont très précis sur ce point. Il suffit qu'ils pensent qu'ils vont rougir, pour que la rougeur apparaisse, à moins qu'ils ne parviennent à la

refouler en « s'attentionnant ailleurs »; en revanche, s'ils n'y pensent pas, rien ne survient. Les paroxysmes obsédants semblent donc commandés par l'idée fixe, l'émotion par l'idée.

Ce fait qu'une émotion est produite par une pensée n'a en soi rien d'inacceptable ni même rien de contraire à la théorie de Lange, d'après laquelle l'émotion consiste essentiellement en « la conscience des modifications vaso-motrices », que le phénomène soit d'ailleurs primitif ou secondaire à une incitation purement mentale. On peut donc admettre que, dans la crise de rougeur, c'est l'idée qui provoque l'émotion, sans que cela change rien à cette conception psycho-pathologique que le trouble émotif est l'élément fondamental de l'obsession. Mais, en allant au fond des choses, on s'aperçoit que le problème n'est pas aussi simple qu'il le paraît au premier abord.

L'idée de rougir précède bien la rougeur, cela est incontestable. Mais l'émotion ne commence-t-elle qu'avec la rougeur? Il suffit ou d'avoir éprouvé des appréhensions anxieuses de ce genre, ou d'interroger ceux qui y sont sujets, pour être convaincu que l'émotion apparaît en même temps que l'idée et que, dès que celle-ci surgit dans l'esprit, c'est-à-dire bien avant l'empourprement du visage, l'obsédé est ému, angoissé, souvent avec des malaises généraux, des frissonnements, de l'oppression, de la pâleur, des palpitations, de la constriction de la gorge, etc. Il ne s'agit donc pas d'une idée simple, ordinaire, mais d'un état psychique complexe, dans lequel l'idée et l'émotion coexistent, indissolublement liées. Y a-t-il maintenant, dans cette association, un élément mal-

gré tout antérieur et prédominant ? S'agit-il d'une *idée-émotion* ou d'une *émotion-idée ?* C'est ce qu'il est difficile de préciser.

Nous pensons, néanmoins, que ce que les malades appellent « l'idée » de rougir est en réalité une « crainte », c'est-à-dire un phénomène avant tout émotif consistant en une représentation vive, en une hypermnésie systématique de la mémoire affective, en une réviviscence spontanée d'une émotion pénible antérieure, surgissant brusquement dans le champ de la conscience et aboutissant, à moins d'une dérivation ou d'un empêchement salutaires, à la reproduction de l'émotion première.

Il en est ainsi également dans l'état interparoxystique, où l'idée de la rougeur, bien que n'aboutissant pas à la crise, est chaque fois accompagnée d'une émotion plus ou moins vive et plus ou moins marquée suivant les cas. Ici encore, l'idée fixe est inséparable de l'émotion.

Il existe d'ailleurs deux particularités de l'histoire des éreuthophobes qui semblent indiquer que le paroxysme émotif n'est pas, autant qu'on pourrait le croire de prime abord, sous la dépendance de l'idée.

La première, c'est la façon dont se passent les choses lorsque la crise survient brusquement, tout d'un coup, par exemple à la rencontre inopinée, dans la rue, d'une personne impressionnante. Immédiatement, le sujet éprouve un choc au cœur, comme un arrêt du sang, avec oppression, tressaillements, angoisse, pâleur même, puis rougeur et c'est alors, mais alors seulement, que survient le flot des pensées et des inquiétudes obsédantes. — Ici, le phénomène émo-

tif se produit à la façon d'un réflexe immédiat. Le phénomène intellectuel n'est que consécutif.

L'autre particularité, c'est que dans les rapports réciproques des deux phénomènes, ce sont les influences productrices de la rougeur, notamment les influences atmosphériques qui influent par leurs variations, sur l'intensité de l'idée fixe. Il peut même arriver ce fait curieux que lorsque l'état atmosphérique n'est pas favorable à la rougeur, le malade a beau penser à rougir il n'y arrive pas. Un des obsédés dont l'observation est rapportée plus loin dit lui-même, en effet : « Quand il fait un froid vif et sec, que le vent cingle la figure, j'ai beau m'arrêter à causer dans la rue, *alors même que je songe à rougir, cela m'est impossible*. »

C'est-là, croyons-nous, une preuve péremptoire que l'idée ne suffit pas à créer la crise émotive et que, dans cette crise c'est le phénomène vaso-moteur, soumis à des actions aussi bien extérieures qu'intérieures, qui est le principe et le fondement du processus morbide.

Nous en avons une preuve encore dans ce fait, rappelé plus haut, que, d'une façon générale, l'éreuthophobie cesse avec la vieillesse : non pas que le vieillard soit devenu moins émotif, mais parce que, sous l'influence des modifications vasculaires résultant de l'âge, il est devenu moins susceptible de rougir. Du jour où il ne rougit plus, l'obsession tombe faute d'aliment. La tendance à la rougeur émotive est donc la base de l'obsession de la rougeur.

Il serait intéressant, pour corroborer ces données, d'où ressort la prépondérance manifeste de l'élément émotionnel, de les appuyer sur l'étude expérimentale

des réflexes vaso-moteurs dans la série des divers états psychiques qui caractérisent l'éreuthophobie. Ce sont là des recherches difficiles, délicates, mais qui, bien conduites, pourront aboutir, par la suite, à des résultats probants. D'ores et déjà, il est permis d'affirmer, croyons-nous, que, dans l'obsession de la rougeur, comme dans beaucoup d'autres sans doute, le phénomène fondamental et constant, c'est l'*émotion*.



Nous avons tenu à reproduire, sans autre modification que quelques très minimes additions de détail, notre première description de l'obsession de la rougeur. Nous n'avons en effet rien d'important à y changer encore aujourd'hui.

Mais il nous faut signaler, à titre de complément, les travaux qui ont suivi notre étude et les principaux points qui s'en dégagent.

D'une façon générale, ces nombreux travaux, qui montrent combien le sujet a suscité de l'intérêt en France et à l'étranger, ont pleinement confirmé, par des observations nouvelles, l'exactitude de notre description. Quelques objections et critiques nous ont cependant été faites, qu'il est de notre devoir de mentionner.

Et d'abord notre priorité a été contestée, surtout en Allemagne. A. Hoche nous a péremptoirement signifié, à nous et à Bechterew, que nous exposions là un état pathologique déjà mis en lumière, il y a 50 ans, par Casper, dont le cas remarquable avait été reproduit par Westphal dans son mémoire sur les obsessions en 1877. Bénédickt a déclaré également,

au Congrès internationnal de Moscou, qu'en Allemagne on connaissait cette maladie depuis longtemps et qu'EULENBURG l'avait même décrite sous le nom de « Rubescenz » dans son article sur l'érythème hyperhémique idiopathique de la Realencyclopédie.

BECHTEREW a, pour sa part, répondu à HOCHE qu'il n'avait pu vérifier s'il s'agissait vraiment dans le cas de CASPER d'un cas d'éreuthophobie pure, attendu que WESTPHAL n'en parlait que sommairement dans sa communication et qu'il n'avait pu se procurer l'ouvrage de CASPER, devenu introuvable.

Ayant eu la bonne fortune d'acquérir l'ouvrage de CASPER chez un bouquiniste allemand, il nous a été possible de prendre connaissance du passage en question[1]. Nous nous sommes également reportés à l'article d'EULENBURG.

Il résulte de ces recherches que l'état morbide auquel nous avons donné le nom d'obsession de la rougeur ou éreuthophobie, s'il avait été vu et même signalé auparavant, ce qui est très naturel, n'avait jamais été sérieusement et systématiquement décrit avant nous.

Il existait bien quelques rares observations, notamment celle de CASPER et celle de BOUCHER[2], où la préoccupation pénible de la rougeur émotive dominait la scène et avait été relevée. Mais c'étaient là des cas

1. On trouvera le cas de Casper, intégralement traduit sur notre demande par le Dr LALANNE, dans les *Archives de neurologie* d'avril 1902.

2. BOUCHER, *Note sur une forme particulière d'obsession chez une héréditaire*. Congrès français des aliénistes. Rouen, 1890, Paris, Masson.

uniques, incidemment relatés et que n'accompagnaient ni cas similaires, ni essai descriptif, ni considérations et réflexions générales, rien, en un mot, de ce qui constitue la mise en lumière réelle d'un fait nouveau et qui l'impose à l'attention.

Casper, puisque c'est Casper surtout qui est en jeu, s'était borné à reproduire l'auto-biographie de son sujet en concluant simplement, à la fin, qu'il s'agissait là d'une véritable maladie et non, suivant la théorie de Heinroth, de la conséquence du péché. C'est un peu insuffisant, on en conviendra, pour voir en lui le père de l'obsession de la rougeur.

D'autres auteurs, comme Behrend (in Eulenburg), ont analysé la rougeur essentielle du visage en tant que phénomène angio-neurotique, vaso-moteur, mais sans décrire l'obsession spéciale dont elle peut devenir le point de départ et l'objet. *Rougeur et phobie de la rougeur* sont deux choses bien différentes ; et s'il suffisait d'avoir parlé de la première pour avoir droit à la paternité de la seconde, ce n'est pas à Eulenburg qu'elle reviendrait, mais à des savants bien plus anciens. Sans sortir du siècle actuel, nous pourrions citer des noms tels que ceux de Lavater [1], Ch. Bell [2], Gratiolet [3], Darwin [4], et surtout celui de

1. Lavater, *L'art de connaître les hommes par la physionomie*, 1820, t. IV, art. 3, p. 303.

2. Ch. Bell, *The anatomy and philosophy of expression as connected with the fine arts*, 1844.

3. Gratiolet, *De la physionomie et des mouvements d'expression*. 1865.

4. Darwin, *L'expression des émotions chez l'homme et chez les animaux*. Trad. Pozzi et Benoît, 1877.

Burgess[1] qui, en 1839, a consacré un livre spécial à la physiologie ou mécanisme de la rougeur, question qui n'a cessé à aucun moment d'être à l'ordre du jour et que traitait encore d'une façon pychologique un peu vague, en 1893, dans la Revue des Deux-Mondes, M. Camille Mélinand[2], sous ce titre: « Pourquoi rougit-on? »

Un seul auteur, à notre connaissance, sans faire, il s'en faut, une véritable étude spéciale de l'obsession de la rougeur, avait déjà esquissé à part, en quelques traits, certaines particularités psychologiques de cet état, notamment l'influence de la crainte de rougir sur la production de la rougeur et son action torturante sur l'esprit du sujet. C'est le Dr Duboux, dont la note nous est communiquée à la dernière heure par le distingué préparateur du Dr Toulouse, M. Piéron, qui vient de la découvrir dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*[3]. Nous reproduisons ici ces quelques lignes ignorées, qui n'avaient encore été citées, croyons-nous, dans aucun travail sur le sujet :

« Parmi les causes de la rougeur, il me semble que le grand naturaliste Darwin en a oublié une bien intéressante : cette cause de rougeur est la crainte de rougir. Supposez qu'un individu rougisse une première fois sous l'une des influences indiquées par Darwin (telles que la honte et la pudeur). Le sen-

1. Burgess, *The physiology or mechanism of blushing*, 1839.
2. Camille Mélinand, *Pourquoi rougit-on ?* Revue des Deux-Mondes, 1er octobre 1893.
3. Duboux, *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, sept. 1874, p. 317.

timent qu'il éprouve en sentant sa face s'empourprer est pénible et humiliant; il cherche à refouler cette bouffée sanguine; ses efforts sont inutiles et vont même directement contre leur but; la rougeur n'en devient que plus intense. Il redoute d'être exposé de nouveau à une confusion pareille : le fait de l'appréhension et de la résistance amène une rougeur plus intense que celle de la honte. Il sait maintenant qu'il suffit de craindre de rougir pour rougir; il ne pourra s'empêcher de craindre de rougir. Lorsqu'il se sentira exposé aux regards, particulièrement à ceux de l'autre sexe, la crainte de rougir viendra l'assaillir et la honte anticipée empourprera son visage. Toute lutte est inutile; sous l'influence de la volonté, la face peut présenter d'abord une pâleur légère, remplacée bientôt par la rougeur redoutée. Il pourra même arriver que seul, à l'abri de tout regard, l'individu rougisse, s'il craint pour son cerveau, par exemple, l'influence de la congestion. Cette crainte constante, à chaque instant réalisée, devient pour l'individu un supplice de Tantale renversé; auparavant l'homme peut-être le plus hardi et le plus sociable, il deviendra d'une timidité et d'une sauvagerie ridicules ; il évitera toutes les occasions de se produire; il recherchera la solitude. Ses devoirs de société et quelquefois ses devoirs professionnels lui deviendront horriblement pénibles : sa vie sera littéralement brisée par une niaiserie.

« Existe-t-il quelque moyen de prévenir cette rougeur produite par la crainte de rougir ? Théoriquement, oui; il suffit de ne pas craindre. Mais là est précisément le difficile.

« Cette sorte de névrose ou de psychose, moins rare qu'on ne pourrait le croire, est surtout fréquente chez les femmes. Parmi les individus affectés, je connais un certain nombre de personnages éminents dans les sciences ou la politique, entre autres un physiologiste célèbre que toute sa science ne préserve pas, et dont la timidité est proverbiale ».

Voilà ce que dans le passé, et en y revenant après coup, nous trouvons de plus précis, comme considérations générales, sur l'état morbide qui nous occupe.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement vis-à-vis des auteurs qui nous ont précédés que nous avons à défendre notre priorité en l'espèce, c'est aussi vis-à-vis de ceux qui nous ont suivis. Dans quelques-unes des bibliographies récentes sur l'éreuthophobie, en effet, même françaises, nous figurons à tort après BECHTEREW.

Cela provient de ce que notre travail, cité là comme paru dans le numéro de janvier 1897 des Archives de neurologie, où il a été effectivement publié tout à fait in extenso, avec observations, date en réalité de six mois avant, ayant été communiqué au Congrès français des aliénistes et neurologistes de Nancy le 5 août 1896 et reproduit à ce moment par les grands journaux médicaux, où tout le monde a pu le lire ; tandis que, par une erreur inverse, le premier travail de BECHTEREW, paru dans le numéro de décembre 1896 de l'Obozrénié psichiatrii, neurologuii, a été donné par GIESE [1] et après lui par d'autres tels

1. GIÈSE (de Saint-Pétersbourg), Neurologisches Centralblatt, 1897, n° 7, p. 326.

que Friedlander, comme datant du mois de décembre 1895.

Notre apport à la question, déjà énoncé du reste dans des travaux précédents, est donc antérieur de 5 mois à celui de Bechterew et le fait est d'autant moins contestable qu'entre le nôtre et le sien s'en placent trois autres : ceux de Campbell (septembre 1896), de Breton (octobre 1896) et de Régnier (novembre 1896), dont les deux derniers s'inspirent nettement de notre publication déjà courante. La thèse de notre élève Régnier, surtout, qui a pour titre : de l'*Éreuthophobie* ou *Obsession de la rougeur émotive* et que nous n'avons vue citée nulle part, pour ainsi dire, est un travail très important de 120 pages, avec 13 observations, formant le complément naturel de notre communication au Congrès de Nancy, en août 1896 [1].

Bonne ou mauvaise, l'introduction dans la nosographie psychiatrique de l'obsession de la rougeur

1. Nous n'en finirions pas si nous voulions relever toutes les erreurs commises dans l'historique de cette malheureuse obsession. Friedlander, dont l'article, bien que très documenté, contient plusieurs inexactitudes et qui n'a pas vu notamment que la description de Vespa, à laquelle il renvoie, n'est en grande partie que la reproduction de la nôtre, assure aussi que le mot *érythrophobie* a été employé pour la première fois en 1890 par M. Boucher. Or le terme proposé par M. Boucher est celui d'*érythémophobie* et c'est au Congrès de Moscou, en août 1897 et non à celui de Rouen, en août 1890, qu'il en a parlé. Notre ami, M. Hartenberg lui-même, par un lapsus exceptionnel chez lui, a placé le Congrès de Nancy et par suite notre communication non en août 1896, mais en août 1897. On voit combien il est difficile de se reconnaître dans ce chaos de citations erronées et c'est ce qui explique et excuse nos rectifications.

ou éreuthophobie, avec sa description spéciale, nous appartient donc sans conteste. Ce n'est là, nous le savons, qu'un très infime point d'histoire : encore était-il bon, puisqu'on s'en est tant occupé, qu'il fût définitivement éclairci[1].

1. La bibliographie relative à l'obsession de la rougeur, dressée et rectifiée aussi exactement que possible, depuis la première description que nous en avons faite jusqu'à l'heure actuelle est, par ordre de date, et, sauf erreur involontaire, la suivante :

1. PITRES et RÉGIS : l'*Obsession de la rougeur ou éreuthophobie*. Congrès des aliénistes et neurologistes français. Nancy, 5 août 1896. Semaine médicale, Presse médicale, 22 août 1896. — Des mêmes : l'*Obsession de la rougeur ou éreuthophobie*. Archives de neurologie, janvier 1897.

2. CAMPBELL : *Morbid Shyness*. British medical Journal, septembre 1896.

3. BRETON : *Un cas d'érythrophobie obsédante*. Gazette des hôpitaux, 20 octobre 1896.

4. RÉGNIER : *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*. Thèse de Bordeaux, novembre 1896.

5. BECHTEREW : *Rougeur de la face comme forme particulière de trouble nerveux*. Obozrénié psichiatrii..., 1896, nº 12 (décembre) et Neurologisches Centralblatt, 1897, nº 9 (1er mai). — Du même : *Nouvelles observations sur l'Ereuthophobie*, Obozrénié.., 1897, nº 8 (août) et Neurologisches Centralblatt, 1897, nº 21 (1er novembre).

6. DUGAS : *La timidité*. Revue philosophique, décembre 1896, et 1 vol., Alcan, 1898.

7. A. HOCHE : *A propos de l'historique de l'éreuthophobie*. Neurologisches Centralblatt, 1897, nº 11 (1er juin). — Du même : *Sur les obsessions*. Vostraggehalten auf der 30 Versammlung südwestdeutscher Irrenarzte in Frankfurt a. M., 18 et 19 novembre 1900.

8. MANHEIMER : *Peur obsédante de rougir*. Méd. moderne, 17 janvier 1897.

Au surplus, après nous avoir contesté notre priorité vis-à-vis de l'obsession de la rougeur, les mêmes auteurs nous ont reproché d'avoir voulu l'ériger en entité morbide. Friedlander déclare notamment qu'il ne voit rien dans l'ensemble des cas publiés qui autorise à décrire l'éreuthophobie comme une maladie distincte. C'est, pour lui, une forme de phobie, dérivant le plus souvent de la neurasthénie, quelque-

9. Tschigaïeff : *De la phobie de la rougeur*. Vratch, 24 juillet 1897.

10. Boucher : *De l'érythémophobie*. Congrès internat. de Moscou, août 1897.

11. Bénédickt : *Un mot sur l'historique de l'obsession de la rougeur*. Congrès de Moscou, août 1897.

12. Popoff : *Un cas d'érythrophobie*. Société de neurologie et de psychiatrie. Kazan, 28 septembre 1897. Anal. in Revue neurologique, 1898, n° 1.

13. Cioia : *La paura di arrossire e vampe di caldo al viso al tempo dell' eta critica*. Il medico di casa, anno IV, n° 44, novembre 1897.

14. Sciamanna : *Sulle malattie dei tics*. Rivista quind. di psicol. psich. e neurolg., vol. I, fasc. 16, 17.

15. B. Vespa : *Contributo allo studio dell'ereutofobïa*. Policlinico V, 11, 1898.

16. Brassert : *Obsession de la rougeur*. Neurol. Centralblatt, 1er août 1899.

17. Tuczek : *Ueber Zwangsvorstellungen*. Berliner Klin. Wochenschrift, 1899, 5, 118.

18. Friedlander : *Le tableau clinique de la prétendue érythrophobie*. Congrès annuel des aliénistes allemands, Francfort, 21 avril 1900. Neurologisches Centralblatt, 1900, nos 18, 19, 20.

19. Vaschide et Marchand : *Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie*. Revue de psychiatrie, juillet 1900 et Rivista sperimentale di freniatria, vol. XXVI, fasc. 23, p. 512.

fois de l'hystérie ou de la dégénérescence, causée par l'hérédité, la masturbation, l'hyperesthésie sexuelle, analogue à la claustrophobie, à l'agoraphobie, etc., mais pas du tout une maladie spéciale.

Or, nous n'avons jamais dit autre chose. Nous avons pris soin de déclarer, en particulier, que si nous proposions une dénomination à cette obsession « c'était pour nous conformer à un usage aujourd'hui établi, comme pour la commodité du langage *et à condition qu'on ne voie pas là le désir d'ériger un simple syndrome en maladie nouvelle* ». Il n'y avait donc pas à se tromper sur notre intention, et le reproche de Hoche, Friedlander, Tschigaïeff, Vespa, ne nous atteint pas.

Ce que nous avons voulu faire, c'est simplement isoler et décrire à part, à *titre de variété*, une obsession spéciale, comme cela avait été fait avant nous

20. Hartenberg : *Les formes cliniques de l'éreuthophobie*. Congrès internat. de médecine, section de psychiatrie, 1900. Du même : *Les timides et la timidité*, 1 vol. Alcan, 1901.

21. Haskovec : *Un cas d'éreuthophobie*. Société des médecins tchèques à Prague, séance du 12 mars 1900. Casopis céskych lék., 1900.

22. Gaspare Basile : *Contributo alla conascenza dell'éreutophobia*. La pratica del medico, anno 1, nº 5, p. 129 (décembre 1900). Anal. in Revue neurologique, 15 septembre 1901.

23. A. Diehl (de Lübeck) : *Manifestations familiales de troubles trophiques vaso-moteurs*. Monatschrift für Psych. und Neurol., décembre 1901.

24. Hirschlaff : *Ueber die furcht der kinder*. Zeitsch. f. paed. psychol, 1902, Heft I, 46.

25. Ed. Claparède : *L'obsession de la rougeur*. Archives de psychologie de la Suisse romande, avril 1902.

pour l'agoraphobie, la claustrophobie, l'onomatomanie, etc. Toute la question est de savoir si l'obsession de la rougeur méritait, elle aussi, une description particulière. Les travaux si nombreux et si intéressants qui ont suivi notre publication ont répondu pour nous, en montrant combien l'étude de l'obsession de la rougeur présentait de l'intérêt non seulement par sa physionomie clinique, mais encore et surtout peut-être par l'excellent terrain qu'elle offrait à l'observation de certains points fondamentaux de psychologie physiologique et clinique.

Grâce à l'importance du phénomène vasculaire dans sa constitution nosologique, l'éreuthophobie est en effet devenue un peu partout le point de départ de nouvelles recherches, tant sur les conditions physiologiques de l'émotion que sur le rôle respectif de l'émotion et de l'idée dans l'obsession.

M. Soury, l'éminent directeur d'études à la Sorbonne, a pris texte de notre mémoire sur l'éreuthophobie pour écrire sur la théorie des émotions un important article critique [1], reproduit dans son bel ouvrage sur le système nerveux central [2], où il fait le procès de la théorie de Lange, tout au moins de la portée exagérée qui lui a été depuis attribuée. Ainsi que M. Soury l'a bien compris, nous n'avons pas, quant à nous, adopté formellement cette opinion que, dans l'émotion, le phénomène émotionnel propre-

1. J. Soury. *Théorie des émotions*. Annales méd. psychol., septembre-octobre 1897.

2. J. Soury, *Le système nerveux central, structure et fonctions*, p. 1329. Paris, Carré et Naud, 1899.

met dit était subordonné au phénomène vaso-moteur, que « l'émotion n'était que la conscience des variations neuro-vasculaires ». Nous avons simplement constaté que dans l'évolution de l'éreuthophobie, la tendance à rougir survenait d'habitude plus ou moins longtemps avant l'émotion anxieuse et que les différences d'intensité de la phobie étaient chez beaucoup en rapport avec les variations de l'aptitude à rougir suivant les temps et les moments, ce qui paraissait venir à l'appui des idées de Lange sur le rôle actif des modifications vaso-motrices dans le processus des émotions. Voilà tout.

Là où nous nous sommes montrés résolument affirmatifs, en revanche, c'est en ce qui concerne la prédominance de l'élément émotif sur l'élément intellectuel, dans l'obsession de la rougeur et, d'une façon générale, dans toute obsession. Depuis, nous n'avons cessé de soutenir cette opinion et tout en reconnaissant la valeur du trouble mental dans l'obsession, en particulier celle de la lésion de la volonté, sur laquelle nous avons nous-mêmes antérieurement insisté, nous croyons que la part prépondérante revient à l'émotion. Pour nous, on le sait, l'obsession est avant tout non pas une maladie de l'intellectualité, ou de *la volonté,* comme le disent certains auteurs, dont M. Arnaud [1], mais une maladie *de l'émotivité.*

De sa toute récente observation, intéressante à plus d'un titre, notamment comme cas rare de guérison rapide d'éreuthophobie, Ed. Claparède, tout en faisant

1. Arnaud, *Sur la théorie de l'obsession.* Congrès des aliénistes et neurologistes. Limoges, août 1901.

remarquer que le sort de la théorie de Lange n'est en rien lié à telle ou telle conception de l'éreuthophobie et que cette obsession peut avoir un point de départ tantôt vasculaire, tantôt intellectuel, conclut également que le *sentiment de la honte* — c'est-à-dire une émotion — joue dans son développement le rôle principal.

Nous avions, dans notre mémoire, émis le regret de n'avoir pu nous livrer à des recherches expérimentales sur les phénomènes physiques de l'émotion dans l'éreuthophobie et nous signalions ce que ces recherches pouvaient avoir d'intéressant.

Des travaux dans ce sens ont été tentés d'une part par MM. Vaschide et Marchand, d'autre part par M. Hartenberg.

Les expériences des premiers auteurs, dans lesquelles ils ont étudié à la fois la respiration, le pouls radial et le pouls capillaire chez un malade atteint d'éreuthophobie, leur ont montré que l'état de chacune de ces fonctions variait du tout au tout non seulement suivant que le sujet était dans le calme ou l'émotion, mais encore suivant les degrés de celle-ci : c'est ainsi que quand le sujet est ému à l'idée que quelqu'un va venir dans la pièce et qu'il va rougir, il se produit une légère augmentation de l'amplitude et surtout une accélération de la respiration ; quand cette émotion est plus intense et déterminée par la présence même d'une ou de plusieurs personnes étrangères, il survient au contraire un ralentissement respiratoire accompagné de troubles caractéristiques de la phase inspiratoire, qui est comme saccadée. Les pauses respiratoires sont plus longues que d'habitude

et l'aspect général de la courbe respiratoire rappelle de près l'irrégularité d'émotivité anxieuse.

Les deux formes de l'émotion éreuthophobique produisent les mêmes effets sur le pouls radial et le pouls capillaire. A la première correspond un pouls radial rapide avec un dicrotisme accentué et un sommet pointu ; à la seconde un pouls radial lent avec une pulsation rapetissante et le dicrotisme légèrement accentué. Le pouls capillaire, lui, sous l'influence d'une émotion de la première catégorie, devient rapide avec une ligne graphique moins ondulée et vaso-dilatation légère ; sous l'influence d'une émotion intense, il se produit au contraire de la vaso-constriction avec effacement considérable de la pulsation et ralentissement du pouls capillaire. Dans les deux cas, remarquent les auteurs, le sujet rougit et pourtant on constate tantôt une vaso-dilatation, il est vrai légère, tantôt une vaso-constriction, ce qui leur fait penser qu'il est prématuré d'admettre l'idée de la vaso-dilatation comme synonyme de la rougeur.

Et ils concluent, en fin de compte, que l'obsession de la peur de rougir, en tant qu'émotion, est bien d'origine cérébrale. « L'idéation du sujet provoque une association qui, à son tour, suggère une émotion d'attente, d'anxiété et d'angoisse et les phénomènes neuro-vasculaires ne sont nullement la source de ces changements intellectuels émotifs. Les phénomènes cérébraux sont la genèse initiale des changements somatiques ou de l'idéation momentanée ou spontanée, la respiration sera plus ou moins ralentie comme le pouls plus ou moins accéléré. Il faut encore ajouter que l'obsession de la peur de rougir est bien loin

d'être nécessairement liée avec une coloration spéciale du visage ; le phénomène qui prédomine est bien un élément purement émotionnel, un état pour ainsi dire intellectuel qui fait de cette phobie une catégorie particulière d'obsession [1] ».

HARTENBERG qui, à son tour, a voulu soumettre au contrôle expérimental les faits exposés et les théories émises, a essayé de vérifier par les graphiques les variations respiratoires cardiaques et vaso-motrices qui se produisent suivant l'émotion. Mais ces recherches, commencées au laboratoire de psychologie expérimentale de M. BINET à la Sorbonne, ne lui ont donné que des résultats scientifiques insignifiants, à cause de la difficulté à réaliser des conditions parfaites d'expérimentation. Il estime d'ailleurs qu'on peut prévoir à l'avance, en raisonnant par analogie, que l'accès de timidité va s'inscrire comme la peur en vaso-constriction, avec accélération des battements de cœur, augmentation ou irrégularité des mouvements respiratoires, ce qui est exact et ce que confirment les expériences de MM. VASCHIDE et MARCHAND [2].

De ces quelques tentatives, on ne peut donc encore, croyons-nous, rien conclure de précis sur le mécanisme physiologique de l'émotion et surtout sur sa nature.

MM. VASCHIDE et MARCHAND ont constaté que sous l'influence de l'éveil de l'idée phobique leur malade présentait consécutivement les manifestations neurovasculaires de la rougeur et de l'anxiété. La méthode

1. VASCHIDE et MARCHAND, Loc. cit.
2. HARTENBERG, *Les timides et la timidité*. Chap. II.

expérimentale n'a fait là que confirmer, nous semble-t-il, un fait déjà suffisamment établi par la clinique.

Mais cela ne prouve pas que l'éreuthophobie soit un phénomène intellectuel, car ce que provoquent les expérimentateurs chez leur malade, ce n'est pas une simple idée, c'est une appréhension, une crainte, c'est-à-dire une idée émotive, une émotion. Et rien ne prouve que si on pouvait réaliser l'expérience en sens inverse, faire rougir d'abord le sujet sans le faire penser, on ne provoquerait pas de même consécutivement une idée émotive en rapport avec cette rougeur. Qu'on se rappelle les curieuses expériences chez les hystériques en état d'hypnose, chez qui la provocation d'une attitude détermine l'état mental correspondant.

Au surplus, à l'appui de cette opinion que l'idée obsédante, dans l'éreuthophobie, est bien plus influencée par la disposition à la rougeur émotive qu'elle ne l'influence elle-même, nous signalions déjà, on l'a vu, dans notre premier travail, que l'intensité de l'obsession variait suivant que les changements atmosphériques rendaient la tendance à rougir plus ou moins grande et que lorsque celle-ci venait à cesser à la longue, l'obsession cessait aussi. On lira avec grand intérêt ce qu'écrit à ce point de vue un de nos sujets dont nous rapportons plus loin l'histoire et qui s'est analysé avec une très rare pénétration. Il y a là une confirmation complète, absolue de notre manière de voir. Après s'être si bien observé, le malade conclut, comme nous, que « l'éreuthophobie, maladie intellectuelle, a pour point de départ, pour cause, le trouble vaso-moteur, affection physiologique » ; en d'autres

termes que, dans l'obsession de la rougeur, l'élément intellectuel est subordonné à l'élément émotif, l'idée à l'émotion.

Mais nous n'insistons pas sur ces faits et nous croyons que les recherches expérimentales, très intéressantes, que nous venons d'indiquer sont à continuer parallèlement avec les études cliniques et psychologiques.

Un dernier point. Nous nous sommes gardés, en ce qui concerne la pathogénie de l'éreuthophobie, d'émettre une théorie quelconque, nous bornant à constater que Morel faisait déjà en 1866 du « délire émotif », c'est-à-dire des obsessions, une névrose du système nerveux ganglionnaire, et que cette opinion paraissait trouver un nouvel appui dans le mécanisme de l'éreuthophobie. M. Soury, lui, adopte la manière de voir de Bechterew qui voit dans l'éreuthophobie une excitation des centres corticaux vaso-dilatateurs qu'il a décrits avec Misslawski dans la partie externe du segment antérieur du gyrus sygmoïde [1].

On comprend que nous ne voulions pas discuter cette hypothèse. Nous ferons simplement remarquer que la rougeur, dans l'éreuthophobie, est liée à tout un ensemble de phénomènes d'angoisse, communs d'ailleurs, à des degrés divers, à toutes les obsessions et que la totalité de ces phénomènes si variés trouve bien mieux son explication dans la seule action du grand sympathique, qui les tient tous sous sa dépen-

1. Bechterew und Misslawski, *Ueber den Einfluss der Grosshirnrinde auf den Blutdruck und die Herzthätigkeit*. Neurologisches Centralblatt, 1886, p. 193, 5.

dance que dans la théorie, si incertaine ici, des localisations cérébrales. D'autant mieux que la rougeur, si les expériences de MM. Vaschide et Marchand sont exactes, pourrait correspondre tout aussi bien dans ces cas à de la vaso-constriction qu'à de la vaso-dilatation.

Observation xliv (1). — (Communiquée par M. le Dr V. Dubourdieu). — V. L..., 23 ans, étudiant, très intelligent, instable, pessimiste, nerveux, impressionnable, sujet aux palpitations, est atteint d'éreuthophobie. Il décrit ainsi lui-même sa maladie :

« Je me souviens d'avoir toujours eu beaucoup de sensibilité. La plus petite satisfaction accordée à mes désirs d'enfant me comblait de joie, la plus petite contrariété me causait une intense douleur. Est-ce que ces diverses émotions se traduisaient par une rougeur du visage ? Il est possible, mais je n'en avais pas conscience C'est vers l'âge de douze ans qu'est apparue chez moi cette crainte de rougir et ces rougeurs sans motif. Mon sens génésique était déjà éveillé depuis trois ans. C'est à neuf ans, au collège, que j'ai reçu l'initiation onanique, A douze ans, c'est-à-dire à mon entrée au lycée de X..., je pratiquais ces habitudes, mais d'une façon assez modérée. J'ai connu la femme dans le courant de ma seizième année, pendant laquelle je faisais ma rhétorique. Ces *époques de ma vie génitale* n'ont été marquées d'*aucun changement dans ma maladie*.

J'ouvre une parenthèse Vous me demandez mon état d'esprit lors de ma première communion ? Parfait, au point de vue catholique. Au sujet des rapports que cela peut présenter avec ce qui nous occupe, sachez que long-

1. Nous nous bornerons à donner à titre d'exemple une de nos observations d'obsession de la rougeur, la plus typique.

temps avant et quelque temps après la communion, je m'abstins de toute pratique solitaire et que ma maladie n'était pas encore déclarée. Comme ma maladie est restée identique depuis son apparition, je passe sur ma vie de lycée, et je vais la décrire dans ses généralités en prenant des exemples de ses manifestations dans les cinq dernières années.

Sachant ma facilité extraordinaire à rougir, je suis obsédé par cette idée : « Je vais rougir. » Cette idée me suit partout, me tenaille le cerveau et suffit à elle seule à me faire rougir, sans qu'il soit besoin de l'intervention d'une personne étrangère, d'une circonstance extérieure. Pourtant, si je suis seul, dans ma chambre, cette idée est insuffisante. Il faut que je sois dans la rue, avec d'autres personnes, en un mot, en un endroit où ma rougeur puisse être remarquée. Exemple : Je suis seul, je traverse une rue. Tout à coup, à 20 mètres en avant, j'aperçois un groupe de personnes arrêtées qui regardent passer la foule. Il se peut que cela me laisse indifférent. La plupart du temps, l'idée surgit et me frappe d'un choc : « Tu vas rougir. » Et si je n'ai pas le temps de passer avant que le rouge me soit monté au visage, je rougis. Si j'ai le temps, si je ne suis pas aperçu, le sentiment d'une délivrance me soulage, dissipe l'angoisse, et le « phare » s'éteint au moment où il commençait à s'allumer. Il m'arrivera de me détourner de mon chemin, de passer par une rue, de revenir sur mes pas, de faire semblant de lire un journal de très près pour me cacher.

Je m'imagine toujours qu'on me regarde, qu'on m'examine, que je suis l'objet d'une attention malveillante. Presque continuellement, je ressens dans la région précordiale une douleur légère et sourde, une gêne. Quand l'accès va se produire, cette gêne devient de l'angoisse. Il me semble qu'on me serre le cœur, et en même temps je l'entends battre violemment, à coups précipités. Je rougis.

Alors les mains deviennent moites, j'étouffe (*il me semble que mon col est trop petit, m'étrangle*), je ressens des picotements derrière la nuque, aux oreilles, mes idées se brouillent, je ne sais plus exactement ce que je dis, ce que je fais. J'ai envie de fuir, de rentrer sous terre. Peu à peu, je me calme, je ressens une grande fatigue, je suis déprimé, abattu, physiquement et moralement. Il me vient l'envie de me saouler, de perdre connaissance, de me reposer, de mourir.

L'accès que je viens de décrire est un accès aigu. Généralement, il est moins fort. Il existe à tous les degrés. Vous citer des faits, des circonstances ? Inutile. Partout, toujours, cette idée me menace. Vais-je dîner chez une personne ? C'est un supplice si j'ai la lumière dans les yeux. A table, s'occupe-t-on de moi ? je rougis. Ne s'en occupe-t-on pas ? Je rougis aussi. Au café, la même chose. Avec des hommes, je rougis. Avec des femmes, je rougis.

Maintenant, quelles influences peuvent agir sur moi ? Au milieu de la foule, je souffre beaucoup. L'idée que je ne pourrai me dégager, fuir, que forcément on me verra rougir, amène précisément la rougeur. La température ? J'aime l'été avec beaucoup, beaucoup de soleil. Je ne passe pas à l'ombre. Les temps gris, doux, me mettent dans des états impossibles. (Il est vrai qu'il y a autre chose que cette peur de rougir.)

La *joie* ? favorable. La *tristesse* ? défavorable. La *boisson* ? sur le moment, favorable ; — après, augmente le mal. Je n'ai suivi aucun traitement. J'ai pris du bromure pendant quelques jours ; j'ai fait de l'escrime avec douches après la séance ; j'ai fumé deux fois de l'opium. D'autres ennuis, des chagrins sont venus interrompre ces petits essais. Pour oublier, je buvais, et l'absinthe en deux jours détruisait le travail de quinze jours.

Moyen moral : très réellement je méprise la plupart des gens. J'ai essayé de me servir de ce sentiment pour

m'empêcher de rougir. Je me disais : « Bête ! qu'est-ce que tous ces gens peuvent bien te faire ? Tu t'en fiches, n'est-ce pas ? Tu n'as pas besoin de te troubler devant eux, etc. » Très imparfait le moyen ! Il m'a bien réussi quelquefois. En général, tout en me répétant : « Tu les méprises, » je n'en rougis pas moins. A quoi bon m'étendre plus longuement là-dessus ? Je réponds brièvement à vos questions dernières. Quand je souffre physiquement du cœur, je rougis plus facilement et plus souvent. Je suis *très ennuyé* de ma maladie, et je donnerais tout ce que je possède pour guérir ou tout au moins pour être amélioré. A un moment où d'autres chagrins augmentaient ma lassitude, elle est entrée pour une certaine part dans un acte de désespoir [1].

Là s'arrêtait l'observation de L... au moment où nous l'avons publiée en 1896. Depuis, il nous en a adressé lui-même un complément, tellement intéressant que nous n'hésitons pas à le reproduire intégralement ici.

L'affection dont je suis atteint étant continue est liée à toute mon existence. Je la retrouve partout. Son influence se mêle à toutes les autres influences qui déterminent ma façon de penser, de sentir, d'agir. Je serai donc obligé de faire intervenir ces autres influences pour les comparer. Votre sagacité vous indiquera l'importance qu'il faut accorder à mon éreuthophobie.

Cette affection est caractérisée : 1° par une facilité extrême de rougir ; 2° par une crainte de rougir qui peut à certains moments offrir les signes de l'obsession. Je ne peux préciser la date de son apparition. Autant que ma

1. Le malade fait allusion à une tentative de suicide qu'il a accomplie dans une maison publique, pendant qu'au même endroit, à côté de lui, un de ses cousins se donnait la mort.

mémoire est exacte, elle remonte à ma première année d'internat du lycée. En tout cas, mon attention n'a été attirée qu'à cette époque. Je ne retrouve alors que la facilité de rougir, sans préoccupation dans l'intervalle des rougeurs.

L'affection est allée croissant, — c'est-à-dire que les circonstances qui provoquaient les rougeurs devenaient plus nombreuses — jusqu'en 1889. Mais, dès l'année 1885-86, s'ajoutait un élément nouveau — la conscience de ma facilité à rougir, puis la peur de rougir, qui suffisait parfois, non toujours, à provoquer l'afflux du sang au visage. A partir de 1889 (date qui marque mon entrée dans la vie d'étudiant) l'affection reste stationnaire pendant quelques années. Elle semble décroître depuis 93-94. Je m'explique sur le sens que je donne au mot décroître. Cette affection est continue, mais avec des périodes de crises suivies de périodes d'accalmie relative. Ces deux périodes sont différenciées par le caractère de plus à moins. Elle est donc non intermittente, mais rémittente. Dans la période d'accalmie, je rougis moins souvent, je me ressaisis plus facilement, j'arrive plus aisément à faire avorter le « phare ». J'en ai conscience, je me sens plus d'assurance, je pense moins et même pas à ma facilité et à ma peur de rougir. Les périodes de crises sont très variables comme fréquence, comme durée, comme intensité. Leur apparition se fait, pour ainsi dire, brusquement, du jour au lendemain. J'en suis averti par un état intérieur indéfinissable, mais clair pour moi, état qui est un symptôme, non un prodrome. Eh bien ! quand je dis: l'affection est en décroissance, je veux dire que, d'une façon générale, les crises sont moins longues, moins fréquentes, moins intenses. Je me comparerai à un convalescent qui subit des rechutes, mais finit par triompher du mal et poursuit sa marche progressive vers la bonne santé.

En novembre 1896 je suis venu habiter Paris. Il y a donc quatre mois. Je constate une amélioration. Je rougis moins souvent, et à part quelques jours isolés, je n'ai pas ressenti l'obsession de la rougeur.

Analysons maintenant quelques cas types, c'est-à-dire analysons mon état physique et mon état psychique avant, pendant et après mon accès de rougeur, indépendamment de ses causes et des circonstances extérieures qui l'accompagnent.

1er *type, brusque, rapide, intensif*. — Rien à dire sur « avant ». Je ne pense à rien, ou je lis un journal ou je regarde une personne, un objet. — Je suis à l'état neutre. Le choc se produit. Une bouffée de chaleur, un flot de sang au visage. Mon cœur bat fort et vite. Je l'entends, je ne souffre pas, je ne le sens pas. Je me raidis, je me contracte ; des épingles me piquent la nuque, le front ; les mains deviennent moites, les yeux humides, voilés. Parfois je me trouble, je dis des bêtises, je parle à tort et à travers, je tousse, je cherche à fuir. Souvent je reste maître de moi. J'entends bien ce qu'on me dit et y réponds tranquillement. L'accès ne dure pas, mon cœur se calme, mon visage reprend sa coloration habituelle, immédiatement, ou après avoir passé par une phase de pâleur ; les troubles psychiques disparaissent. Je ressens un soulagement, une sorte de fraîcheur agréable après ce bouillonnement intérieur. Je suis vacciné pour un moment. Je sens (idée ? sensation ? probablement les deux) que je ne rougirai pas de dix, quinze minutes. En général le trouble psychique n'est pas prolongé.

2e *type, lent, insidieux, intensif*. — Le plus terrible. Je sens au plus profond de mon moi sourdre une angoisse. Je sais ce que cela veut dire. J'entre en lutte. Je commence par essayer de ne pas y songer. Je cherche à effacer de mon esprit, de ma mémoire, tout ce qui, mot ou objet, peut rappeler de près ou de loin la rougeur. Je me

bouche mentalement les yeux et les oreilles. Impossible. Si je suis en compagnie, alors je parle, je m'étourdis. Si le sujet de conversation s'y prête, je m'emballe, je feins l'indignation, la colère, afin qu'on se trompe sur la cause de ma rougeur. Mais, comme je suis d'ordinaire froid, glacial, disent certains, on s'étonne, et mon stratagème tourne contre moi. Si je suis seul, j'emploie les moyens que vous connaissez déjà, communs probablement à tous les malades de mon espèce : je ne les énumérerai donc pas. Tous mes efforts sont inutiles. Je tente le dernier: je me contracte tout entier, en retenant ma respiration. Après quelques secondes, une demi-minute, une minute, je me sens vaincu. Alors, une chaleur me prend aux mains, au ventre, puis monte, monte, envahit le cœur qui se met à battre à coups redoublés, et enfin le visage, les joues, le front, le cou, sournoisement, lentement, petit à petit, jusqu'à l'ensoleillement parfait. Pointes d'aiguilles, fourmillements, sueur, troubles de la vue, affolement, rien ne manque. C'est un supplice. Il faut toute la concentration de la volonté pour continuer à marcher, à rester assis sous le regard des gens, pour ne pas enfiler la première porte venue. Disparaître, disparaître, c'est le seul but, c'est l'idée maîtresse, qu'on a peine à dominer.

Maintenant, l'accès est passé. Le visage encore angoissé est pâle. L'abondante transpiration provoque un refroidissement du corps fatigué. Le cœur seul rappelle qu'il existe par des battements douloureux. Mais ce qui domine la scène, c'est une lassitude immense, un affaissement moral. Cet état de coma psychique persiste plus ou moins longtemps, selon les circonstances extérieures. Ce qui sert de révulsif, c'est le souvenir de l'affection qui provoque une douleur aiguë et vous réveille. Deux cas peuvent se produire : on pleure ; une espèce d'attendrissement sur soi-même, une profonde commisération pour ce *moi* destiné à être toujours malheureux par cette

maladie s'emparent de vous et la crise se résout en larmes. — On ne pleure pas ; les nuages sont condensés, mais ne crèvent pas. Le ciel reste noir, menaçant pendant un ou plusieurs jours. C'est une tristesse poignante, parfois dangereuse, qui fait naître des idées de suicide, peut même provoquer l'acte.

Vous le voyez, il y a un bouleversement total de l'être. Entre ces deux types d'accès et l'état normal s'échelonnent tous les intermédiaires, dans lesquels c'est tantôt le trouble vaso-moteur, tantôt le trouble psychique, qui prédomine ou existe seul, et avec une intensité variant du maximum à un minimum appréciable au sujet seul.

Quelles sont les conséquences physiques et psychiques produites sur moi par ces deux éléments, facilité et peur de rougir? Elles me semblent difficiles à isoler, Car toute modification passagère ou permanente de l'organisme et du *moi* d'un individu étant le résultat d'une foule de causes, il est malaisé d'attribuer un quotient exact à chaque facteur.

1° *Domaine physique*. — Je n'ai jamais constaté de troubles cérébraux ou spinaux. — J'ai des palpitations cardiaques. — Je ne crois pas que ces palpitations aient pour cause première l'éreuthophobie. Elles existeraient sans elle ; mais il est certain pour moi que l'éreuthophobie a entretenu et développé cette névrose, par l'ennui continuel qu'elle a provoqué. Rien à dire sur les autres appareils organiques.

2° *Domaine psychique*. — C'est là que sont les ravages. Je fus ce qu'on appelle « un enfant sensible », non pas qu'un rien me fît rire ou pleurer, non pas que mes impressions s'extériorisassent impulsivement, au contraire, mais je ressentais vivement, surtout les nuances. Cette sensibilité s'est développée parallèlement à l'éreuthophobie ; vers 1894, elle était presque maladive.

Ma volonté s'est plutôt renforcée. Je l'explique par

l'exercice continuel auquel elle se livrait pour me faire agir, malgré la peur de rougir. L'intelligence passive, celle qui me permet de lire, d'étudier, d'assimiler est intacte.

L'intelligence active, la pensée personnelle, le moi, est le plus frappé. Et là, l'influence de l'érenthophobie est indiscutable. Suis-je en période d'accalmie? Bien que ma philosophie ne varie pas, que mes opinions sur la vie et les hommes soient les mêmes, je prends un certain plaisir à la vie sociale, à la fréquentation du monde. Je sors, je vais au théâtre, j'échange mes idées avec quelques amis en des causeries soit légères, soit sérieuses, mais souriantes. En un mot, je suis capable d'entrevoir la joie de vivre. Suis-je en période de crise? Le levain pessimiste fermente, la vie m'apparaît comme radicalement mauvaise. Mes jugements sont empreints de cette conception désespérée que la seule réalité, c'est le mal, c'est la souffrance. Je m'enferme dans ma chambre, je fuis toute société, les figures humaines me font horreur, je rêve d'aller habiter quelque solitude absolue, de me perdre dans le néant, mon cerveau suinte l'ennui.

Il y a quelques années, ces états d'âme de détresse étaient si fréquents, si pénibles, et l'alcool est un si mauvais donneur d'oubli, que j'accomplis un acte qui devait me délivrer pour toujours.

Aujourd'hui, mes idées étant les mêmes, mes états d'âme sont moins aigus. Et j'attribue cela à la diminution de l'éreuthophobie qui, ne m'obsédant pas, me laisse m'oublier et me mêler aux autres.

Quelles sont maintenant les circonstances qui influent sur ma facilité à rougir, qui réveillent ma phobie?

Aucune n'a le pouvoir de déterminer un accès partout et toujours. Ce n'est pas une circonstance, mais un ensemble de circonstances qui la déterminent. Elles viennent des personnes qui m'entourent, du milieu, de la lumière,

de la température et aussi de mes dispositions physiques et morales.

Quelques exemples :

Je n'ai pas peur des foules, pourtant je les évite parce que je les trouve bêtes, sentimentales ou méchantes, et parce que mon éreuthophobie me les fait redouter. En général, la présence de nombreuses personnes me gêne, éveille la phobie et provoque facilement le phénomène de la rougeur. Mais si mon attention est fortement attirée ou si je me sens bien perdu en elle de façon qu'on ne me remarque pas si je viens à rougir, je suis tranquille et je ne rougis pas. L'effet est encore le même si toute une foule est pour ou contre moi. J'ai présidé des réunions, j'ai discuté contre une assemblée. Si je rougis, je n'y fais pas attention. Car alors, je sens une force qui me soulève, orgueil ou colère, instinct de combativité. En résumé, dans les circonstances extraordinaires, terribles, joyeuses ou solennelles, j'oublie pour ainsi dire mon éreuthophobie, je rougis moins.

Autre exemple : je suis invité à dîner, ma préoccupation est de savoir si j'aurai de la lumière dans les yeux. S'il en est ainsi, je ne cesse de me dire : Ne rougis pas, tu vas rougir, etc., et je rougis beaucoup, qu'on me parle ou qu'on ne me parle pas. Cependant si une discussion intéressante s'engage, à laquelle je puis prendre part, je me lance, je m'oublie et ne redoute plus d'attirer l'attention sur moi. Si je tourne le dos à la fenêtre, si les rayons de la lampe sont tamisés par un abat-jour, je suis rassuré. La rougeur est rare, accidentelle, sans préoccupation.

Un dernier exemple : l'abord d'une femme m'est une épreuve. Je ne redoute pas la femme : j'en ai fréquenté plus qu'il ne faut pour être habitué à son contact. Je la dédaigne assez pour n'être pas troublé comme par l'abord d'un homme supérieur. Et pourtant, si je veux accoster

une femme, il me faut réunir, concentrer mes forces volontaires et agir brusquement, ce qui me rend parfois brutal. Pourquoi? Parce que j'ai peur de rougir devant elle. J'abrège : les fortes chaleurs, les froids intenses me sont favorables ; les temps gris et doux néfastes. Fumer augmente immédiatement mes palpitations. Boire peu les augmente, beaucoup m'anesthésie. Et quand les palpitations augmentent, je rougis plus facilement et la phobie est réveillée. La joie ou la tristesse intense sont favorables, l'indifférence, les sentiments ternes défavorables. L'idée que je vais rougir est impuissante à produire la rougeur si je suis seul, dans ma chambre. Si je suis dans la rue, au café, elle suffit parfois, pas toujours. Elle est insuffisante, surtout depuis un an.

Ce qui serait intéressant à connaître, tant au point de vue théorique qu'au point de pratique du traitement, ce sont les causes déterminantes de la facilité à rougir, car je considère que l'éreuthophobie est la conséquence du trouble vaso-moteur. J'ouvre une parenthèse pour essayer d'établir ce point. Le phénomène morbide qui a apparu le premier chronologiquement, c'est le phénomène physique de vaso-dilatation. La crainte n'est même devenue consciente que beaucoup plus tard. Son action n'est simplement que la manifestation d'une association d'idées. J'ai eu d'abord la sensation que je rougissais. Or toute sensation n'existe que lorsqu'elle est perçue (à preuve qu'un sujet endormi, à qui j'enlève sa sensibilité, n'éprouve et n'accuse rien quand je le pique). Des sensations de rougeur étant perçues de plus en plus souvent, l'idée de rougeur apparaît de plus en plus souvent et finit par envahir le champ de la conscience. Cette idée étant liée intimement à la sensation d'où elle est née, arrive peu à peu, par un phénomène de chimie intellectuelle assez complexe mais très commun, à remplacer la sensation. Elle se substitue à elle et produit les mêmes

effets physiologiques. Quand, pour la première fois, on m'a fait entrevoir en paroles les rapports sexuels, je n'ai pas eu peur de rougir, j'ai rougi, alors que plus tard j'ai eu peur de rougir dès qu'on abordait ce sujet. Semblablement pour toutes les circonstances qui amenaient la rougeur. A la longue, une association étroite s'est formée entre la vue de telle chose, l'audition de telle parole, la rencontre de telle personne et le phénomène de rougeur toujours ou presque toujours provoqué par ces sensations visuelles, auditives, etc. Or comme cette vue, cette audition sont des sensations et que d'autre part ces sensations existent en nous à l'état d'idées, ces perceptions-idées — provoquent la rougeur avec la même puissance que les primitives sensations. — A l'appui de mon opinion, je dirai que mon éreuthophobie a diminué après que j'ai constaté que je rougissais moins facilement. L'idée a perdu en force ce que la sensation a perdu en fréquence. Je citerai encore ceci : Je suis en période d'accalmie depuis huit, quinze jours. Je sors, je me promène, la rougeur se produit rarement, l'idée, la crainte de rougir est absente de ma pensée. Et puis, un beau jour, sans aucun motif apparent, une crise éclate. La phobie est pourtant le 9e, le 10e jour ce qu'elle était la veille ; mais, par suite d'un changement organique dont je n'ai pas conscience, le trouble vaso-moteur a lieu plus aisément et alors immédiatement mais postérieurement, la phobie est réveillée.

Je crois donc que l'éreuthophobie, maladie intellectuelle, a pour point de départ, pour cause, le trouble vaso-moteur, affection physiologique.

Quelle est alors l'origine de ce trouble vaso-moteur ? Pour ma part, je ne puis la découvrir. Vous la trouverez peut-être, vous, dans mon hérédité et mes antécédents personnels.

Mon hérédité offre un cardiaque (mon grand-père

maternel), un arthritique (mon père), une asthmatique (la sœur de mon père), une nerveuse (ma mère), troubles gastriques, migraines. Ma grand'mère maternelle est morte d'une maladie de foie (?). Ma grand'mère paternelle vit en bonne santé (80 ans).

Mes antécédents personnels? Vers l'âge de 4 ans, j'eus une fièvre muqueuse. Elle n'a pas laissé de traces, du moins appréciables. Entre 9 et 10 ans, je reçus l'initiation onanique. Je ne crois pas m'être adonné à ces pratiques ni plus ni moins que la moyenne des jeunes gens. Entre 15 et 16 ans, durant ma rhétorique, nouvelle initiation, celle-là féminine. De 17 à 20 ans, vie agitée. Esprit inquiet, cœur malade, ennui profond. D'où veilles prolongées, longues stations dans les cafés, absorption assez considérable d'alcools variés. Résultat : troubles gastriques et cardiaques. Depuis 3 ans, ma vie est plus calme, plus réglée, à l'abri des excès. Je souffre encore parfois de l'estomac, souvent, très souvent de palpitations. Émotivité moins grande, moins pénible.

(Mon travail en était à ce point, lorsqu'une crise morale me le fit abandonner. Je l'ai terminé hier soir. J'ai employé mon dimanche à le recopier simplement, sans avoir la force de retoucher, d'ajouter ou de retrancher des détails plus ou moins importants).

Thérapeutique. — 1° Médicamenteuse. J'ai pris du bromure de potassium, de l'opium, de l'éther, à faibles doses, à de très grands intervalles, par périodes très courtes (2 ou 3 jours maximum); 2° Intellectuelle. J'ai essayé de me créer un orgueil artificiel (non pas de me rendre fat. Pour moi, la fatuité se traduit au dehors, l'orgueil est intime, caché). Je me suis efforcé à développer mon instruction un peu dans tous les sens et de penser beaucoup par moi-même, afin non d'en imposer aux autres, d'étaler une fatuité sotte et grossière, mais afin de puiser en moi des forces de résistance, de me donner du ressort.

J'ai exagéré mon mépris des hommes pour rester calme devant eux.

Tous ces moyens ont pu réussir dans quelques circonstances mais n'ont pas amené d'amélioration notable et persistante. Je crois que s'il y a un remède, il est hors de nous, dans le temps; la nature transformant notre constitution physique et psychique.

Paris, le 7 mars 1897.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE DES OBSESSIONS

Fréquence des obsessions. — Causes prédisposantes : Sexe. Age. Professions. Hérédité. Dégénérescence. Tuberculose. — Causes occasionnelles : Émotions morales. États maladifs divers. — Forme des obsessions en rapport avec leur étiologie. — Théorie de l'origine sexuelle des états obsédants.

Fréquence des obssesions. — Il est difficile de savoir exactement si l'obsession pathologique a existé de tout temps, ce qui est probable et surtout quelle était sa fréquence autrefois. Cela tient, nous le savons, à ce qu'elle n'a été séparée que récemment des délires, parmi lesquels elle était confondue. Ce qui est certain, c'est que le syndrome obsession est aujourd'hui partout extrêmement commun ; si commun que, dans une période de dix années environ, nous avons pu en recueillir, pour notre part, au moins quatre cents observations.

Les causes dont il dérive sont prédisposantes ou occasionnelles.

Causes prédisposantes. — Le tableau suivant indique l'âge et le sexe des 250 premiers malades que nous avons eu l'occasion d'observer.

Age et sexe des obsédés. — Statistique portant sur 250 observations.

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
	—	—	—
De 11 à 15 ans.	2	4	6
De 16 à 20 ans.	5	7	12
De 21 à 25 ans.	17	15	32
De 26 à 30 ans.	14	36	50
De 31 à 35 ans.	17	28	45
De 36 à 40 ans.	11	27	38
De 41 à 45 ans.	8	18	26
De 46 à 50 ans.	7	8	15
De 51 à 55 ans.	6	5	11
De 56 à 60 ans.	2	4	6
De 61 à 65 ans.	5	2	7
De 66 à 70 ans.	1	0	1
De 71 à 75 ans.	1	0	1
	96	154	250

Sexe, âge. — Il résulte de cette statistique que les femmes sont plus sujettes que les hommes aux obsessions dans la proportion de 3 : 2, et que c'est dans la période moyenne de la vie, entre vingt et quarante-cinq ans, qu'on rencontre le plus d'obsédés. Mais la façon dont elle est établie ne fournit aucun renseignement sur l'âge auquel débutent le plus ordinairement les obsessions. Il y aurait cependant un réel intérêt à être fixé sur ce point. Nous avons donc interrogé la plupart de nos malades sur l'époque à laquelle ils ont commencé à éprouver des préoccupations anxieuses, et, ayant obtenu cent fois des réponses précises à ce sujet, nous avons pu dresser le tableau ci-après :

Age où se sont montrées les premières obsessions chez 100 sujets (27 hommes et 73 femmes).

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
De 5 à 10 ans.	6	8	14
De 11 à 15 ans.	8	24	32
De 16 à 20 ans.	2	9	11
De 21 à 25 ans.	4	10	14
De 26 à 30 ans.	4	9	13
De 31 à 35 ans.	0	9	9
De 36 à 40 ans.	1	0	1
De 41 à 45 ans.	0	1	1
De 46 à 50 ans.	1	2	3
De 51 à 55 ans.	1	0	1
De 56 à 60 ans.	0	1	1
	27	73	100

D'où il ressort clairement que, dans plus de la moitié des cas, les obsessions surviennent dans l'enfance ou dans l'adolescence, avant la fin de la quinzième année, et, dans plus des trois quarts des cas, avant la fin de la trentième.

Professions. — Les professions ne paraissent avoir aucune influence étiologique. Les obsédés appartiennent à toutes les classes de la société. On en rencontre chez les gens riches et chez les pauvres, chez les travailleurs et chez les désœuvrés, chez les intellectuels et chez les mercenaires.

Hérédité. — L'hérédité joue ici un rôle de tout premier ordre. Dans les quatre cinquièmes des cas (100 fois sur 125 observations) on trouve, parmi les ascendants directs ou collatéraux des obsédés, soit des obsédés, soit des aliénés, soit des alcooliques ou

des névrosés, ainsi que cela ressort de l'examen du tableau ci-dessous, dans lequel nous avons indiqué à propos de chaque malade, non pas tous les cas de maladies nerveuses connus dans son ascendance, mais seulement l'ascendant le plus proche atteint de la tare névropathique la plus grave ou la plus directement en rapport avec l'obsession.

Si, par exemple, un de nos sujets avait une mère obsédée et un père alcoolique, nous n'avons marqué dans le tableau qu'un seul des deux, naturellement la mère obsédée. Mais si un autre malade avait une mère saine et un père alcoolique, nous avons augmenté d'une unité la rangée correspondant à l'hérédité dissemblable, paternelle, alcoolique.

Influence de l'hérédité d'après l'analyse de 100 *observations d'obsédés ayant dans leur ascendance des tares névropathiques.*

Hérédité.	Similaire	Paternelle.		5
		Maternelle.		24
		Collatérale.		10
	Dissemblable.	Père ou mère.	Aliénés épileptiques ou hystériques.	15
			Alcooliques.	14
			Violents, originaux.	14
		Collatéraux : oncles, tantes, cousins, cousines.	Aliénés, épileptiques, hystériques, alcooliques, etc.	18
				100

Il résulte de la lecture des chiffres relevés dans ce tableau, que les obsessions sont très fréquemment héréditaires et que, plus souvent peut-être que les

autres psychoses, elles le sont sous la forme similaire. Il y a même des cas où les accidents présentés par les descendants sont identiques à ceux dont ont souffert les ascendants. Ils surviennent au même âge, dans les mêmes conditions, sous les mêmes formes symptomatiques. Une de nos malades, actuellement âgée de soixante ans a, depuis l'âge de vingt-cinq ans, des craintes obsédantes de commettre de mauvaises actions. Sa fille n'a rien présenté de particulier durant sa jeunesse. Elle s'est mariée à vingt et un ans, et à vingt-cinq ans elle a commencé à être obsédée, comme sa mère, par l'idée de mal faire, de se compromettre, d'être compromise. Elle a peur de se rendre coupable de tous les méfaits dont elle entend parler, de tous les crimes dont elle lit les récits dans les journaux. Nous connaissons une famille où la grand'mère, la mère et la fille ont été successivement atteintes, à partir de la vingtième année, de l'obsession anxieuse de la rage et des poussières. Nous en connaissons une autre où une mère et ses deux filles ont toutes trois la peur de voler, ou, pour mieux dire, la peur qu'on ne les soupçonne d'avoir volé, etc.

Dégénérescence. — La fréquence de l'hérédité rapproche les obsessions des tares névropathiques qui se transmettent par voie dégénérative des parents aux enfants. A ce titre, il est juste de les considérer comme des syndromes constitutionnels intimement liés à l'évolution psycho-physiologique des sujets qui en sont atteints. Mais il faut bien savoir que, dans l'immense majorité des cas, elles ne coexistent pas avec les stigmates physiques habituels de la dégénérescence. La plupart des obsédés ont le crâne bien

conformé, les dents bien implantées, les organes génitaux normalement développés. Ils ne présentent même pas plus souvent que les sujets réputés sains les petits stigmates auxquels on était porté naguère à attacher une importance fort exagérée. C'est ainsi qu'ayant examiné systématiquement chez 50 de nos obsédés l'état de la voûte palatine, la forme des oreilles et noté l'existence ou l'absence du tremblement des mains étendues dans l'attitude du serment, nous avons obtenu les résultats suivants qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on obtient en pratiquant les mêmes recherches sur des sujets jouissant de tous les attributs d'une bonne santé physique et morale.

Examen des petits stigmates physiques de la dégénérescence chez 50 malades atteints d'obsessions constitutionnelles.

Voûte palatine	Normale	24
	Ogivale	16
	Creuse	6
	A exostose palatine	4
Oreilles	Normales	37
	A lobule adhérent	5
	Déformées	8
Tremblement des mains	Existant	24
	Absent	26

Tuberculose. — Dans certains cas, qui ne nous avaient pas frappés tout d'abord, mais qui méritent d'attirer l'attention, nous avons constaté des relations entre l'obsession et la tuberculose.

Le plus souvent, il s'agissait d'obsédés ayant des ascendants tuberculeux. Trois fois les obsédés eux-mêmes étaient tuberculeux et, chaque fois, il exista

une sorte de balancement très net entre le trouble psychique et les accidents pulmonaires.

Dans un cas même, nous nous trouvâmes chez un jeune homme de quatorze ans en présence d'une véritable névrose d'angoisse aiguë avec phobie obsédante de la maladie, de la rage, de la mort par contamination, lavages incessants, etc., qui disparut et guérit rapidement à notre grande surprise, mais fut remplacée par une poussée rapide de tuberculose pulmonaire qui, jusqu'alors, était restée simplement suspecte.

Causes occasionnelles. — Dans un certain nombre de cas, les obsessions débutent insidieusement. Les sujets qui en doivent être atteints sont dès leur enfance inquiets, scrupuleux, émotifs. Ils arrêtent involontairement leur pensée sur des idées insignifiantes, qui les préoccupent outre mesure. Peu à peu ces idées parasites s'imposent impérieusement à leur attention ; elles s'accompagnent d'une inquiétude anxieuse de plus en plus pénible ; finalement et par des transitions insensibles, elles deviennent franchement obsédantes.

Les choses se passent ainsi chez quelques malades à hérédité similaire. Mais, dans la plupart des cas, l'obsession apparaît autrement ; elle se développe brusquement à la suite d'un événement accidentel qui joue le rôle de cause déterminante. Cet incident est en général peu important. Il ne serait pas capable de causer à lui seul des perturbations psychiques chez des sujets non prédisposés. Mais chez des personnes en état d'imminence émotive, il fournit à leurs tendances innées l'occasion de se manifester sous une forme morbide persistante.

Les événements susceptibles de provoquer ainsi l'apparition des obsessions sont le plus souvent des chocs émotionnels, plus rarement des états maladifs à action déprimante. Nous avons dans le tableau suivant relevé leur nature chez 110 de nos malades.

Causes occasionnelles relevées dans 110 cas d'obsessions.

Émotions morales : 70 cas.	Scrupules religieux. Crainte d'avoir fait des confessions incomplètes, etc.	18
	Mort ou maladies de parents ou d'amis.	12
	Accidents survenus à des tierces personnes	5
	Récits terrifiants (revenants, fantômes).	2
	Vue de chiens enragés ou présumés tels.	5
	Vue d'épileptiques	4
	Vue de fous	5
	Vue de malades divers.	3
	Querelles de famille.	2
	Projets de mariage.	3
	Soucis d'affaires.	2
	Préoccupations conjugales.	4
	Craintes de grossesse redoutée.	3
	Rêves	2
États maladifs divers : 40 cas	Opérations chirurgicales subies par les malades.	2
	Maladies vénériennes ou cutanées.	8
	Excès de travail et fatigue.	5
	Maladies diverses infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, influenza).	12
	Accidents nerveux servant de base aux obsessions (vertige, lipothymie, engourdissement des membres, etc.).	6
	Grossesse, état puerpéral.	2
	Ménopause.	5

Émotions morales. États maladifs divers. — Par l'énumération qui précède, on voit que ce sont les émotions morales vives qui déterminent le plus souvent l'apparition des obsessions. On les observe dans près des deux tiers des cas, et, dans le troisième tiers, elles ne sont probablement pas sans influence, car lorsqu'un sujet devient obsédé à la suite d'une opération chirurgicale, d'une maladie vénérienne ou d'une fièvre typhoïde, on peut légitimement se demander si la peur du bistouri, de la vérole ou de la mort n'a pas plus contribué au développement de l'obsession consécutive que les modifications organiques dues à l'intervention opératoire, à l'infection syphilitique ou à l'empoisonnement typhique.

Parmi les états émotifs qui déterminent les obsessions, il faut signaler d'une façon toute spéciale les préoccupations religieuses. Elles sont surtout nocives dans le jeune âge, au moment où la sensibilité morale est très vive et insuffisamment refrénée par la raison. Précisément à cette période de la vie, les enfants de nos pays sont soumis à une redoutable épreuve, celle de la première communion ; les sermons et les pratiques de dévotion qui précèdent cet acte surexcitent violemment leur imagination et deviennent souvent, chez les prédisposés, le point de départ d'obsessions mystiques ou scrupuleuses.

Les autres émotions provocatrices sont très variées. La peur est de beaucoup la plus fréquente, surtout celle qui résulte de la vue de morts ou de malades. Mais des préoccupations persistantes, des soucis d'affaires ou de ménage, dans lesquels la peur n'intervient pas, peuvent aussi déterminer des obsessions.

Notons en passant que, dans deux de nos cas, les émotions déterminantes nous ont paru dériver de rêves terrifiants. Rappelons aussi que l'imitation peut, quelquefois, donner naissance à des obsessions et qu'il y a des *phobies à deux* comme il y a des folies à deux. L'un de nous a récemment appelé l'attention sur les faits de ce genre dans un travail signalé plus haut.

Forme des obsessions en rapport avec leur étiologie. — La nature des idées obsédantes est habituellement commandée, au moins pendant un certain temps, par la nature des émotions qui les ont provoquées. Si celles-ci sont d'ordre religieux, les obsessions ont le caractère mystique ou sacrilège; les phobies de la folie, de la rage, du crime, etc., naissent ordinairement à la suite de chocs émotionnels déterminés par la vue d'un fou, la rencontre d'un chien enragé ou prétendu tel, le récit des méfaits ou de l'arrestation d'un malfaiteur, etc.

Une fois constituée, l'obsession peut conserver invariablement son caractère primitif. Ou bien à l'idée-mère se substitue une idée nouvelle dérivée de la première soit par analogie, soit par contraste. Nous avons assez longuement parlé dans le cours des chapitres précédents de ce mode de substitution pour qu'il soit inutile d'y revenir ici.

D'autres fois, l'obsession se modifie en s'étendant par cascades de raisonnements successifs à des objets plus ou moins directement en rapport avec l'idée obsédante originelle.

En voici un exemple très démonstratif :

Observation xlv. — *Phobie du bois dérivée de la crainte obsédante de compromettre des innocents.* — Me X..., 34 ans, fille de père et de mère alcooliques, assiste par hasard, à l'âge de 23 ans, à une audience de cour d'assises où l'on jugeait une de ses voisines accusée d'un vol perpétré à l'aide de faux. Elle fut très émue de la pompe du tribunal, de l'attitude contrite de l'inculpée, de la fermeté du réquisitoire, de la sévérité de la condamnation. Elle sortit du palais de justice avec l'idée obsédante qu'il serait bien malheureux qu'un innocent pût être accusé, jugé et condamné comme l'avait été sa voisine, et cette idée la tourmente seule pendant plusieurs mois. Au bout de ce temps elle se compliqua de la phobie des crayons et des plumes, parce que, pensait-elle, avec ces objets il serait possible d'écrire, même sans le vouloir, des dénonciations exposant des innocents à des poursuites judiciaires. Un peu plus tard la phobie s'étendit à tous les objets en bois et aujourd'hui la malade a peur de toucher ou même de voir des chaises, des tables, des poutres, des arbres, etc., parce qu'avec ces objets on pourrait fabriquer des crayons ou des porte-plumes, et avec ces crayons ou ces porte-plumes écrire des phrases compromettantes pour des innocents.

Le fait suivant est plus démonstratif encore.

Observation xlvi. — *Obsession de la folie et du suicide dérivant de la phobie de la rage.* — Un bon curé de village, âgé maintenant de cinquante ans, fils de névropathes invétérés, et ayant présenté lui-même quelques accidents hystéro-neurasthéniques, est en proie depuis quatre ans à des obsessions qui le tourmentent horriblement.

Il a commencé par avoir la phobie de la rage, qui débuta dans les circonstances suivantes :

Un enfant de sa commune ayant été mordu par un chien enragé, succomba quelque temps après avec les

symptômes classiques de la rage. Durant sa maladie, il témoigna au curé une grande affection. Il le réclamait sans cesse et ne se trouvait bien que dans ses bras. Le malheureux ecclésiastique assista ainsi, dans des conditions particulièrement émouvantes, à l'agonie et à la mort du petit enragé. Il en fut très impressionné. Le lendemain de la mort de l'enfant, il s'aperçut qu'il avait au doigt une petite écorchure. Il se mit alors en tête que cette écorchure avait été souillée par la bave de l'enfant et s'imagina qu'il allait mourir enragé. Cela devint une idée fixe sans cesse présente à son esprit, une obsession des plus angoissantes. Sous son influence, il n'osait plus se regarder dans un miroir pour se raser, de crainte de se voir avec les yeux hagards et les lèvres baveuses d'un enragé.

Cependant le temps passait, la rage ne se développait pas et l'obsession conservait toute son intensité. Alors le malade se dit : « Il n'est pas impossible que j'aie contracté la rage ; mais il est bien certain que mes craintes sont exagérées. Un homme sain d'esprit attendrait patiemment les événements. Si je suis si ému, c'est que je suis sur la voie qui conduit à la folie. » Alors, la crainte de la folie devint l'obsession principale.

Quelques mois après, une idée nouvelle surgit. « Les fous, se dit le curé, se suicident souvent. Si j'allais me suicider ! » Et pour éviter ce malheur, il se mit à vivre enfermé dans son presbytère, fuyant la vue et repoussant la pensée de tous les objets qui pourraient servir à se donner la mort, des fusils, des couteaux, des cordes, etc., etc. Quand il est obligé de sortir, il éprouve des tourments pénibles : en passant près d'une rivière, il a peur d'avoir l'envie de se jeter dedans ; s'il voit une locomotive, il songe avec terreur qu'il pourrait se faire écraser volontairement par elle, etc., etc.

Quelquefois l'obsession s'étend ainsi de proche en proche jusqu'à devenir un état de panophobie dans lequel tout excite l'émotivité pathologique du sujet. C'est ainsi qu'un de nos malades, après avoir assisté à la mort de son père, fut obsédé par la recherche anxieuse de ce qu'il aurait dû faire pour éviter ce malheur, puis, par gradations successives, de la peur de mourir subitement, de la peur de tout ce qui peut transmettre des maladies, de la peur des microbes et des poussières susceptibles d'en contenir, de la peur de toucher des malades ou des objets ayant été en contact avec des malades, de la peur de devenir un agent de contagion, etc.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Ils sont peut-être plus communs que ceux dans lesquels l'obsession reste indéfiniment limitée à l'objet sur lequel elle s'est fixée à son origine.

En résumé, l'hérédité est la grande cause *prédisposante* des obsessions. Les circonstances occasionnelles sont secondaires : elles ne font que fixer dans une forme spéciale les manifestations de l'émotivité pathologique qui est à la base de toute obsession, idéative ou phobique.

Théorie de l'origine sexuelle des états obsédants. — Freud dont nous avons eu si souvent, dans les chapitres précédents, l'occasion de citer et d'utiliser les intéressantes recherches sur la symptomatologie des états obsédants, Freud, disons-nous, s'est efforcé d'introduire dans la science une notion nouvelle sur l'étiologie de ces états.

D'après lui, la névrose anxieuse avec ses symptômes essentiels : les phobies et les obsessions, recon-

naîtrait pour cause principale, sinon exclusive, l'accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique. Elle aurait presque toujours pour origine des pratiques irrégulières de l'acte vénérien : le coït réservé des ménages désireux de ne pas augmenter leur progéniture, les caresses frustes des fiancés, l'impuissance relative des maris dont les érections insuffisantes ou les éjaculations trop rapides ne permettent pas à la femme d'aboutir au spasme voluptueux. L'abstinence provoquée par le veuvage, la suppression brusque d'habitudes anciennes de masturbation auraient souvent le même effet. FREUD a développé ses idées sur ce point dans son premier travail de 1895 sur la névrose anxieuse. Il les a reproduites un peu plus tard, sans en atténuer l'expression, dans un mémoire sur les obsessions et phobies publié dans la *Revue neurologique* : « La névrose anxieuse, répète-t-il dans ce mémoire, est d'origine sexuelle... Son étiologie spécifique est l'accumulation de la tension génésique provoquée par l'abstinence ou l'irritation génésique fruste. »

Certains auteurs partagent sur ce point les idées de FREUD. TSCHISCH[1] a observé dix-sept malades (11 hommes et 6 femmes) indemnes de tares héréditaires, non alcooliques, chez lesquels la pratique longtemps continuée du coït interrompu paraît avoir été la seule cause des troubles morbides. Quelques-uns de ces malades ayant renoncé sur les conseils de leur médecin à cette pratique, se rétablirent rapide-

1. TSCHISCH, VIe Congrès de la Société des médecins russes à Kiew, 1896.

ment. Gattel[1] étudiant à la clinique du Pr Krafft-Ebing, à Vienne, cent malades atteints de névroses diverses dont quarante-quatre de névrose d'angoisse pure, a pu relever, dans la majorité des cas, l'une ou l'autre des irrégularités de la vie sexuelle signalées par Freud. En France, Tournier a fait les mêmes constatations[2].

D'autres observateurs ont abouti à des conclusions différentes. Löwenfeld pense, comme nous, que les obsessions anxieuses ont habituellement pour cause prédisposante l'hérédité et pour cause occasionnelle un choc émotif accidentel, généralement une peur. Hartenberg qui a soigneusement étudié la question de l'étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse, résume son opinion dans les termes suivants :

« Pour ma part je dois avouer que je n'ai pas rencontré dans l'histoire de mes malades cette action absolument spécifique de l'irrégularité sexuelle. Dans les cas de névrose d'angoisse typique, conforme en tous points à la description de Freud, je n'ai pu malgré mes recherches et mon insistance, retrouver *toujours* à l'origine de l'affection un besoin sexuel insatisfait.

« Mais si je n'ai pas trouvé la névrose d'angoisse produite dans tous les cas par une cause sexuelle, j'ai observé, en revanche, des cas où une cause sexuelle produisait la névrose d'angoisse. J'ai vu, comme les auteurs déjà cités, tantôt l'abstinence, tantôt le coït interrompu donner

1. Gattel, *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose*. Berlin, 1898, cité par Hartenberg, Revue de médecine, 1901, p. 620.

2. Tournier. *Essai de classification étiologique des névroses*. Arch. de l'Anthrop. crim., janv. 1900.

naissance à la névrose. D'ailleurs les faits de ce genre ne sont pas rares en littérature médicale et ont été signalés depuis longtemps par de nombreux auteurs. Tels sont : Bouchut [1], Peyer [2], Eulenburg [3], E.-L. Crutchfield [4], J.-A. de Armand [5], Tschisch [6], Löwenfeld [7], Havelock-Ellis [8], Féré [9], qui dans son dernier ouvrage écrit : « Le coït incomplet, les fraudes matrimoniales sont fréquemment, aussi bien chez l'homme que chez la femme, mais surtout chez cette dernière, la cause déterminante d'une excitabilité nerveuse qui se traduit par des émotivités morbides de formes les plus diverses. Le coït réservé joue un grand rôle dans la production de la neurasthénie et en particulier de la neurasthénie sexuelle ; si l'effet n'est pas constant, il ne peut être nié [10]. »

1. Bouchut, *Du nervosisme aigu et chronique*, 2e éd., 1877.

2. Peyer, *Der unvollständige Beischlof (congressus interruptus, onanismus conjugalis) und seine Folgen beim männlichen Geschlichte*. Stuttgart, 1890.

3. Eulenburg, *Ueber Coïtus reservatus als Ursache sexualer Neurasthenie bei Männern*. Intern. Centralbl. f. d. Phys. und. Path. der Harn und sexual Organ, 1893.

4. E.-L. Crutchfield, *Moral consideration regarding coïtus among the married*. The medical Bulletin, 1896. — *Incomplete copulation detrimental to health*. — Id., 1897.

5. J.-A. de Armand, *Coition on the role of bodywreckes*. The médical Bulletin 1897.

6. Tschisch, *Epilepsie in Folje von Coïtus interruptus*. Neurologisches Centralblatt, 1897.

7. Löwenfeld, *Sexualleben und Nervenleiden*. Wiesbaden, 1899.

8. Havelock-Ellis, *Hysteria in relation to the sexual emotion*. Alienist and Neurologist. Saint-Louis, octobre 1898.

9. Ch. Féré, *L'instinct sexuel*. Paris, Alcan édit., 1899.

10. Hartenberg, *La névrose d'angoisse*. Revue de médecine, 1901, p. 680.

Nous ne croyons pas, nous non plus, à l'origine exclusivement sexuelle des états obsédants. L'analyse de nos observations nous a démontré l'influence de l'hérédité comme cause prédisposante, celle du choc émotif accidentel comme cause occasionnelle. Elle nous a révélé ce fait imprévu que les obsessions débutent, dans plus de la moitié des cas, dans l'enfance ou l'adolescence, avant la fin de la quinzième année, à un âge par conséquent où les pratiques visées par la théorie de Freud ne sauraient être incriminées. Nous nous croyons donc autorisés à conclure que la satisfaction incomplète des excitations sexuelles n'est pas la cause spécifique des névroses anxieuses.

CHAPITRE VII

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC. — TERMINAISON

Marche et durée : Forme aiguë. Forme chronique. — Pronostic et terminaison : Guérison. Récidives. Incurabilité. Passage à la folie.

Marche et durée. — Les détails que nous avons donnés dans les chapitres précédents relativement aux symptômes et aux causes des obsessions nous dispensent de nous étendre longuement sur leur évolution. Nous devons cependant en dire quelques mots.

Forme aiguë. — La marche des obsessions est aiguë ou chronique. Dans les cas *aigus,* l'accès survient brusquement à la suite d'un choc moral, d'une infection, d'une intoxication, presque toujours alors sous forme de phobie diffuse ou systématisée, avec état anxieux permanent et très intense. Elle dure un laps de temps variable, de quelques semaines à quelques mois ; puis elle s'atténue et disparaît, la guérison coïncidant, dans le cas d'origine toxique ou infectieuse, soit avec la disparition de l'intoxication de l'organisme, soit au contraire, comme dans le cas cité

plus haut à propos de la tuberculose, avec une de ses poussées aiguës. Quand la guérison est complète, le malade parle sans émotion actuelle des angoisses qu'il a éprouvées pendant qu'il était dans la période d'accès ; il se souvient parfaitement de l'état d'anxiété dans lequel il se trouvait ; il en décrit volontiers les symptômes ; il se rit de ses craintes passées et avoue qu'elles étaient absolument injustifiées.

Forme chronique. — La forme chronique est *intermittente, rémittente* ou *continue*. La variété *intermittente* est pour ainsi dire spéciale à certaines phobies systématisées, aux constitutionnelles notamment, dans lesquelles la crise n'a lieu qu'avec le retour de la cause provocatrice, par exemple : à la vue de l'animal redouté, au bruit de l'orage, en face d'allumettes, d'un couteau, etc. Dans l'intervalle, l'esprit est entièrement en repos. Dans la variété *rémittente,* considérée par tous les auteurs comme la plus fréquente, la maladie se traduit par des paroxysmes plus ou moins rapprochés, entre lesquels il reste des symptômes encore très sensibles d'émotivité obsédante. C'est le cas de beaucoup de phobies systématisées, de celles surtout qui sont à la fois des phobies et des obsessions. Telle, par exemple, l'*éreuthophobie,* caractérisée par des ictus de rougeur angoissante avec idée obsédante plus faible, dans l'intervalle. Quant à la variété *continue,* elle est plus rare, mais elle existe[1]. On la rencontre en particulier dans les formes intellectualisées de l'obsession, comme celle du doute.

1. Roubinovitch, *Obsessions et impulsions à forme continue.* Congrès des aliénistes de la Rochelle, 1893. Paris, Masson.

Les malades n'ont plus alors aucun repos. Constamment ils ont l'esprit torturé par leur pensée morbide et se posent indéfiniment les mêmes questions. Mais, même dans ces cas, les paroxysmes ne font pas défaut.

La durée de la forme chronique, toujours longue, est de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Pronostic, terminaison. — La terminaison des obsessions est variable. Elles peuvent guérir ; elles peuvent persister indéfiniment. Les conditions qui commandent la terminaison et, par suite, le pronostic, se tirent à la fois du terrain et des caractères de l'obsession. D'une façon générale, les obsessions sont d'autant plus graves qu'elles se présentent sur un terrain plus dégénéré ; d'autant moins graves que la dégénérescence et l'hérédité sont moins accusées. D'une façon générale aussi, plus la cause occasionnelle a de l'importance par rapport à la prédisposition, et plus l'obsession a des chances de guérison. Il en est de même pour le début brusque, moins sérieux que le début lent et insidieux.

Les états obsédants sont, en principe, d'autant moins graves qu'ils sont plus entièrement réduits à l'élément émotionnel ; d'autant plus graves, au contraire, que l'élément intellectnel tend à prédominer. C'est le cas chez beaucoup de dégénérés qui sont d'emblée et surtout des obsédés intellectuels.

Les obsessions vraies, avec *idées fixes* et *impulsions* marquées, sont donc plus graves que les phobies avec *angoisse* dominante accompagnée ou non d'*hallucinations représentatives,* qui sont ici de véritables hallucinations du sentiment.

Et, parmi les états purement émotionnels, les pho-

bies *diffuses* sont plus bénignes que les phobies *systématisées*. Il est rare, on peut le dire, qu'elles ne guérissent pas.

Il suit de là que l'échelle croissante que nous avons établie dans la maladie au point de vue de la symptomatologie clinique : 1° état obsédant panophobique ou phobie diffuse ; 2° état obsédant monophobique ou phobie systématisée ; 3° état obsédant monoïdéique ou obsession idéative, se trouve complètement justifiée au point de vue du pronostic, qui s'aggrave progressivement avec chacune de ces formes.

Guérison, récidives. — Lorsque l'accès guérit, tout peut en rester là. Mais il peut arriver qu'un ou plusieurs accès se manifestent ultérieurement ; en un mot, qu'il y ait des récidives de la maladie.

Il est des cas où un accès d'obsession ne guérit que pour faire place à un autre. Le plus souvent, il s'écoule un laps de temps assez long, parfois plusieurs années, entre chaque accès.

Les divers accès peuvent se reproduire avec des caractères toujours identiques chez les mêmes sujets, chacun d'eux étant la répétition fidèle des précédents. Tel est le cas d'une de nos malades, aujourd'hui âgée de quarante-sept ans, qui a été en proie cinq fois, depuis l'âge de vingt-six ans, à la crainte obsédante de ne plus aimer son fils comme une mère doit aimer son enfant, et n'a jamais eu d'autre obsession.

D'autres fois, les accès se suivent mais ne se ressemblent pas. Nous trouvons plusieurs exemples de ce genre dans nos observations. Une jeune fille ayant vu, à treize ans, un chien qu'on disait enragé, est prise pendant un an de la phobie de la rage. Elle en

guérit. Trois ans après, elle assiste à une attaque d'épilepsie, et devient obsédée par la peur de l'épilepsie. Elle en guérit, après une année de terreurs incessantes. A dix-neuf ans, le malheur veut qu'elle se trouve en présence d'un de ses parents atteint d'un accès de délire aigu, et aussitôt elle est en proie à la phobie de la folie, qu'elle conserve pendant une année. Une autre de nos malades est frôlée à vingt ans par un chien de mauvaise mine ; elle fait un accès de phobie de la rage qui dure trois mois. Deux ans plus tard, elle se pique le doigt avec une épingle, et fait un accès de phobie du tétanos qui dure à peu près autant que le premier. Enfin, à vingt-cinq ans, étant sur le point de se marier, elle est obsédée, après les fiançailles, par le doute anxieux de savoir si elle aime assez le jeune homme à qui elle a donné sa foi, et elle est tellement tourmentée par ce doute qu'au mépris de toutes les convenances, elle songe à rompre le mariage projeté.

Chez quelques malades, les accès se reproduisent à l'occasion des circonstances les plus futiles. Ces malades sont perpétuellement en état d'imminence d'obsession. Tout ce qui frappe leur imagination peut devenir l'objet de terreurs angoissantes, de phobies variables d'un mois à l'autre ou d'une année à l'autre, selon les hasards des chocs émotionnels auxquels ils sont soumis.

Incurabilité. — Lorsque l'accès ne guérit pas, l'état devient franchement chronique. Plusieurs cas peuvent alors se produire. Ou bien, et cela a lieu chez beaucoup de dégénérés, l'obsession est protéiforme et polymorphe. Elle se manifeste dans la vie par des sé-

ries de crises plus ou moins aiguës, entrecoupées par des périodes d'accalmie tout à fait relative, pendant lesquelles il reste toujours un fond d'obsession.

D'autres fois, c'est la même obsession, systématique et tenace, qui s'installe et persiste indéfiniment. C'est alors surtout que tend à s'opérer chez le malade un dédoublement de plus en plus complet, qui, à côté de sa personnalité propre, crée une personnalité seconde, hétérogène, tournant toujours dans le même cercle d'idées et accomplissant pour ainsi dire automatiquement les mêmes actes, avec un accompagnement émotionnel réduit au minimum.

Morel a connu cet état terminal de l'obsession. Voici ce qu'il dit en effet [1] : « Lorsque le mal a conquis tous ses droits à l'habitude, à la chronicité, voici ce qui peut arriver. Les malades tombent dans l'indifférence et dans une espèce de misanthropie morose. Ils ne se gênent pas plus devant les étrangers que devant leurs familles pour se livrer à des actes ridicules qui les font passer pour des excentriques, pour des hommes à *tic*. Tout le monde a connu des individus passant pour intelligents, remplissant même des fonctions sociales importantes et dont les actes bizarres, accomplis en public d'une manière automatique, sans conscience, sans réflexion, pouvaient être considérés par un médecin expérimenté comme les manifestations affaiblies, et passées à l'état d'habitude, du mal que je décris. »

M. Magnan [2] dit aussi : « D'autres fois, le syn-

1. Morel, Loc. cit., p. 391.
2. Magnan et Legrain, Loc. cit., p. 164.

drome n'a d'autre terminaison que la mort même du malade, non pas que le syndrome lui-même soit susceptible de la provoquer, mais parce que, s'incorporant d'une façon définitive à l'existence mentale des sujets, il les accompagne jusqu'à leur fin, à la manière d'un *tic chronique,* d'une infirmité incurable. »

On remarquera déjà chez Morel comme plus tard chez Magnan, cette tendance à la comparaison de l'obsession chronique avec le *tic*, comparaison que Charcot a poussée jusqu'à l'assimilation, lorsqu'il a appelé l'obsession un « tic de la pensée », mot tant de fois répété depuis. On pourrait dire nous semble-t-il, et avec plus de raison encore, de certains tics, que ce sont des *obsessions du mouvement*. Tout cela prouve une fois de plus, ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut, les analogies et les liens qui unissent, cliniquement, ces deux syndromes.

Il nous paraît cependant y avoir un correctif à cette terminaison de l'obsession par persistance indéfinie. C'est la modification apportée parfois par l'âge. Il n'est pas rare, croyons-nous, d'après les faits que nous avons observés, que l'obsession s'atténue notablement lorsque les malades arrivent à toucher à la cinquantaine, soit que l'obsession persiste à l'état d'un simple résidu plus ou moins vague, soit qu'elle disparaisse même à peu près complètement.

Passage à la folie. — Une dernière terminaison ou, si l'on veut, une complication de l'obsession dont nous devons dire ici un mot parce qu'elle soulève une question discutée, est celle qui a trait à la folie.

Il a été généralement admis de tout temps, au moins en France, que les obsessions n'aboutissent pas

à la folie. C'est même là une des conclusions du rapport de M. J. Falret, adopté par le Congrès de 1889. C'est encore aujourd'hui l'opinion de la plupart des auteurs, en particulier celle de MM. Magnan et Legrain qui, après avoir signalé, dans les termes que nous indiquions tout à l'heure, les obsessions chroniques, ajoutent : « Mais, c'est un fait remarquable, jamais dans ces cas on n'observe la moindre modification du syndrome, qui reste toujours semblable à lui-même. Il n'évolue pas, il ne se transforme pas ; jamais il ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois, en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure ; jamais il ne se termine par la démence. »

Cependant, cette opinion a des contradicteurs qui soutiennent que l'obsession a certains rapports avec la folie et qu'elle peut se terminer par quelque psychose, notamment par la mélancolie ou la paranoïa. De ce nombre sont : Meynert [1], Schafer [2], Wille [3], Emminghaus [4], Kræpelin [5], Wernicke [6], Tuczeck [7], Morselli [8], Friedmann [9], J. Mickle [10] s'élève fortement contre l'erreur de ceux qui croient que les obsessions restent

1. Meynert, Loc. cit.
2. Schafer, Psychol. Centralbl., 1880.
3. Wille, Loc. cit.
4. Emminghaus, Handb. d. Psychiatrie, 1878.
5. Kræpelin, Loc. cit.
6. Wernicke, Deuts. med. Woch., 1892.
7. Tuczeck, Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1883.
8. Morselli, Loc. cit.
9. Friedmann, Deuts. med. Woch., 1893.
10. Mickle, Loc. cit.

des obsessions, sans aucune relation avec la folie, et soutient que les obsédés tendent à verser et versent souvent dans une forme de délire paranoïaque. M. SÉGLAS[1] est du même avis : « Les obsédés deviennent parfois des hypocondriaques délirants, ou commencent un délire systématique, souvent des persécutions. »

Ici, comme en toutes choses, il faut laisser parler les faits. Nous avons recueilli environ quatre cents observations non pas d'idées obsédantes, symptomatiques, mais d'obsessions vraies. Or, sur l'ensemble de ces observations, dans l'espace de quelques années et chez les seuls malades que nous avons pu suivre longtemps, nous relevons : 1° neuf cas de psychose avérée : 2° onze cas qu'on peut appeler de *transition,* dans lesquels la psychose était sinon établie, au moins imminente ou en voie d'organisation ; 3° deux cas d'internement volontaire dans les asiles, mais sans que l'état fût autre chose que de l'obsession. Ces derniers n'ont évidemment aucune importance dans la question qui nous occupe.

Des neuf cas de *psychose avérée,* ceux qui nous intéressent le plus, un doit être mis de côté, car il s'agissait d'une épileptique, sujette depuis de longues années à une propension obsédante — celle de fumer une cigarette pour se procurer des spasmes voluptueux (sorte de masturbation substitutive) — indépendante de troubles psychiques épileptiques, pour lesquels elle dut être enfermée. Particularité curieuse : l'ablation des deux ovaires, pratiquée par M. LANDE chez cette malade contre les attaques épileptiques, en

1. SÉGLAS, Leçons cliniques, p. 87.

raison de leur aura génitale, eut pour résultat de faire disparaître l'obsession et n'eut aucune influence sur l'épilepsie.

Les huit autres malades (quatre femmes et quatre hommes) furent tous atteints de psychose par accentuation progressive et aiguë de leur état obsédant et chez sept sur huit, la psychose revêtit la même forme : celle de *mélancolie anxieuse* et *gémisseuse,* avec idées délirantes et hallucinations. L'une des malades femmes présenta très nettement, avec une grande lucidité, des idées angoissantes de négation et d'inexistence d'organes, absolument comme dans le syndrome de Cotard.

Par exception, une de ces malades, phobique pour ainsi dire depuis l'enfance et après plusieurs années d'obsessions successives de la rage, des poussières et des excréments, tomba dans un état de stupeur hallucinatoire et impulsive, qui persista plusieurs mois et s'est terminé par une sorte de manie chronique avec agitation, loquacité incohérente, crachotements perpétuels, malpropreté, etc., qui persiste depuis plusieurs années.

De ces huit malades, quatre ont guéri, pour redevenir impressionnables et émotifs comme devant, mais débarrassés de leur phobie obsédante, qui durait depuis plus ou moins longtemps.

Des quatre autres, un s'est suicidé, à l'asile même, trois sont restés aliénés. Sur ces trois figurent : 1° la femme dont nous venons de parler, devenue maniaque chronique et incurable ; 2° un jeune homme, dégénéré héréditaire atteint depuis plus de deux ans de *cardiophobie* pure qui a vu un jour sa phobie car-

diaque se transformer en obsession angoissante aiguë, puis en lypémanie anxieuse franche, celle-ci continuant d'évoluer depuis un an avec tendance légère à l'amélioration ; 3° une femme qui est restée plus de six ans dans le même état de mélancolie anxieuse et gémisseuse, lucide, avec une sorte de conscience, ne voulant pas quitter l'asile par effroi de ce qui pouvait l'attendre au dehors, ayant surtout la peur délirante d'une opération chirurgicale sur divers organes, thème de son obsession du début. La fille de cette malade, âgée de 35 ans, a été prise, il y a quelque temps, d'obsession avec prédominance de la peur angoissante de devenir folle, comme sa mère. Celle-ci a fini par revenir chez elle, améliorée mais non guérie.

Sur les *onze* malades, huit femmes et trois hommes, présentant ce que nous avons appelé un état de *transition,* huit touchaient à la *mélancolie,* toujours à la mélancolie anxieuse, gémisseuse, lucide, avec attitude et gestes inquiets. Les trois autres, trois femmes, bien différentes, étaient à ce point où l'idée fixe de l'obsession tend à devenir idée délirante systématisée. Deux ayant commencé par l'obsession jalouse vraie, typique, pendant des mois, l'une même pendant des années, sont au seuil de la *paranoia* rudimentaire de persécution, mais sans avoir encore franchi la limite ; la troisième, une campagnarde prise également d'obsession jalouse à la suite d'une opération chirurgicale, tend aujourd'hui à rapporter ce qui lui arrive à quelque sort jeté. Elle est sur la voie de l'interprétation délirante.

Ce bilan nous semble assez significatif et nous

pouvons en conclure, pensons-nous, que dans certains cas, l'obsession vraie peut verser dans l'aliénation mentale.

Nous pouvons également ajouter que les formes psychopathiques auxquelles aboutit l'obsession sont, ainsi que l'ont vu quelques auteurs, mais dans un ordre inverse : d'abord la *mélancolie anxieuse,* ensuite la *paranoïa rudimentaire* ou délire systématisé raisonnant.

Mais, point important à indiquer, les formes qui aboutissent au délire systématisé sont les états obsédants à symptômes surtout intellectuels, l'obsession idéative ; et celles qui versent dans la mélancolie anxieuse, les états obsédants à symptômes surtout émotionnels, c'est-à-dire les phobies. Cela ne saurait surprendre, car l'idée fixe de l'obsession peut naturellement et par un mécanisme que l'on comprend bien, devenir idée fixe de délire, tandis que de leur côté les névroses d'angoisse phobiques sont certainemenent de la même famille que la mélancolie anxieuse qui représente en quelque sorte leur épanouissement pathologique complet, ou, si l'on veut, leur forme psychopathique, une véritable *psychose d'angoisse,* à côté de la *névrose d'angoisse*.

Quant à la question de savoir si dans ces cas la psychose constitue, comme dit M. Séglas, une simple association avec l'obsession ou si elle en est vraiment la terminaison, elle ne nous paraît pas douteuse, car nous avons pu chaque fois saisir, dans les cas qui nous concernent, le passage direct de l'état d'obsession à l'état de folie.

A côté des obsessions dont nous venons de parler

et qui, à la longue, se terminent par une psychose, il faut signaler également les cas, plus rares, mais réels cependant, où l'obsession sert en quelque sorte de période prodomique à une folie.

En voici un exemple, que nous avons observé.

Observation XLVII. — M. C..., jeune fille âgée de 22 ans, exerce la profession de couturière.

Le père est vif, emporté quand il a bu, au point de menacer sa femme et ses enfants, d'où résultent des scènes de famille. Il a eu la pelade il y a sept ou huit ans; il en conserverait encore quelques traces. La mère, âgée de 56 ans, est bien portante et pas nerveuse. Elle a eu 4 enfants : la malade est la deuxième; les autres sont également nerveux.

Une tante, âgée de 46 ans, a eu des crises de mélancolie il y a deux ou trois ans, avec l'idée que sa fille serait malheureuse, parce qu'elle était coupable. Un oncle est sujet aux congestions. En 1886, après des éblouissements et des étourdissements, il a présenté des troubles psychiques et, à la suite d'un violent chagrin causé par la mort de deux enfants, il a eu des idées de suicide.

La grand'mère maternelle avait des crises de mélancolie. Le grand-père maternel a eu aussi une crise de chagrin. Un grand oncle, frère du grand-père maternel, est mort dans un accès de mélancolie attribué à des chagrins.

M. C... n'a jamais été malade, mais elle a toujours été chétive. Elle mangeait peu, avait des goûts bizarres en fait de nourriture, adorait surtout le vinaigre. Elle est bien réglée, mais avec beaucoup de pertes. Elle souffrait souvent de la tête.

Au mois de juillet dernier, elle s'aperçut que ses cheveux tombaient par plaques. Elle essaya d'abord de cacher le fait, sauf à sa mère, qui lui fit consulter un médecin. Le diagnostic de pelade fut porté. La jeune fille,

bien qu'on lui eût assuré que cette affection guérirait dans un espace de temps relativement court, devint très inquiète à la pensée qu'on pourrait s'en apercevoir et se moquer d'elle. Cela tourna rapidement à l'obsession anxieuse. Elle ne pensait plus qu'à sa maladie de tête, à la chute, pourtant restreinte, de ses cheveux, à toutes les conséquences, vraies ou fausses, qui pouvaient en résulter. Pendant quelques semaines. elle eut une peladophobie typique.

Puis, son état morbide s'accentua progressivement. Elle s'excita, eut toutes sortes d'idées noires. « Je veux crier, j'ai peur », disait-elle. Elle eut peur de tout ce qu'elle voyait; elle ne voulait pas rester au lit et inquiète, pleine d'angoisse, elle embrassait sa grand'mère en disant : « Sortez-moi ces mauvaises idées ! faites-moi mourir ! laissez-moi mourir ! »

Les mauvaises idées étaient surtout des idées de culpabilité, rattachées à sa maladie. « Elle dépense beaucoup pour se faire soigner et va ruiner sa famille. » Puis viennent des tendances au suicide, manifestées par deux tentatives. Quelques jours avant de nous être amenée, notamment, elle s'était mis la tête dans une cuve contenant des grappes de raisin qui l'ont légèrement égratignée. On la sortit de là, mais le jour même elle se replongeait dans la cuve.

M. C... au moment où elle nous a été conduite, est dans un état de mélancolie typique. Elle avoue qu'elle voudrait mourir parce qu'elle s'ennuie partout où elle va. Elle ne dort pas parce que ses idées la travaillent, même pendant la nuit; elle ne peut les chasser, bien qu'elle ait eu la pensée de s'en débarrasser en s'empoisonnant. La nuit, elle voit l'enfer, avec des flammes, des démons, etc. Elle paraît aussi entendre des voix, mais il est impossible de la faire préciser ce point.

L'obsession de la pelade, point de départ de l'accès

actuel de mélancolie, est aujourd'hui reléguée à l'arrière-plan. La malade ne s'inquiète plus guère de l'état de sa tête, dominée qu'elle est par ses idées délirantes et ses hallucinations lypémaniaques.

En présence d'un tel état et surtout des dispositions persistantes pour le suicide, nous dirigeons la malade sur un asile d'aliénés.

— Il s'agit, chez cette jeune fille, d'une dermatophobie survenue à l'occasion d'une pelade vraie, c'est-à-dire d'une peladophobie symptomatique qui, en raison de la prédisposition héréditaire très chargée (plusieurs cas d'accès de lypémanie dans la famille), a vite tourné à la mélancolie confirmée, avec idées de culpabilité, hallucinations et tendance au suicide. Dans ce cas, comme nous le disions, l'obsession phobique a été une sorte de période prodromique de la folie.

CHAPITRE VIII

NATURE DES OBSESSIONS. LEUR PLACE EN NOSOGRAPHIE

Opinions diverses des auteurs. — Terrain constitutionnel de l'obsession. — Nature de l'obsession. L'obsession est un état mixte, neuro-psychopathique. L'obsession est un syndrome. Neurasthénie et névrose d'angoisse. Pathogénie de l'obsession.

Opinions diverses des auteurs. — Si l'on s'en rapporte aux opinions émises par les auteurs, on constate qu'il n'y a pas de question sur laquelle on soit plus divisé que sur la nature et la place nosologique des obsessions. Mais, en réalité, ces divergences ne sont pas aussi profondes qu'il le paraît au premier abord.

Quelques-uns, avec M. Magnan, considèrent que les obsessions ne surviennent que sur un terrain de déséquilibration et de dégénérescence, dont elles constituent, au point de vue psychique, un des *stigmates* ou un des *syndromes épisodiques* les plus nets. D'autres placent les obsessions dans la paranoia rudimentaire ou dans l'abortive Verrücktheit, c'est-à-dire au seuil des psychoses de dégénérescence. Quelques-uns en font des manifestations d'une névrose, en particulier

de la neurasthénie, ou de la névrose d'angoisse. Certains enfin, mais ils sont rares, les érigent en entités morbides.

Terrain constitutionnel de l'obsession. — Une donnée générale se dégage de toutes ces opinions, en apparence contradictoires : c'est que tout le monde admet que l'obsession germe sur un terrain prédisposé, préparé constitutionnellement. Quant à celui-ci, qu'on l'appelle déséquilibration, dégénérescence, paranoia, Verrücktheit, neurasthénie, névrose d'angoisse, etc., etc., ce n'est là au fond qu'une question de mots.

Il y a donc accord sur la nécessité, pour l'obsession, d'un terrain spécial. Le seul point sur lequel les opinions diffèrent, c'est que pour quelques-uns, Krafft-Ebing et Magnan, par exemple, c'est *toujours* sur un terrain *constitutionnel*, *dégénératif*, que survient l'obsession, tandis que, pour d'autres, elle peut, au moins dans quelques cas, être considérée comme surtout *accidentelle*, ce qui est, comme on l'a vu, notre opinion. Toute la controverse, au fond, se limite à cela.

Nature de l'obsession. — *L'obsession est un état mixte, neuro-psychopathique*. Quant à la nature intime de l'obsession, constitutionnelle ou accidentelle, il faut reconnaître qu'elle est moins vésanique que névropathique. C'était déjà l'opinion de Morel, qui d'emblée avait vu en elle non une psychose, mais une névrose, et ça été depuis l'opinion du plus grand nombre. Toutefois, si l'obsession est, à un titre quelconque, un état névropathique, il y a lieu de reconnaître qu'il s'agit là d'un état névropathique particulier, intermédiaire pour ainsi dire entre la névrose et la psychose,

et représentant une sorte de transition entre les deux. Dans sa forme élémentaire, la phobie diffuse, l'obsession anxieuse est une pure névrose ; dans la phobie systématisée, mais surtout dans l'obsession idéative ou impulsive, c'est déjà un état mixte, neuro-psychopathique.

L'obsession est un symptôme. — Cela étant, il s'agit de savoir si l'obsession est une maladie ou un symptôme de maladie, une entité morbide ou un syndrome. La définition même que nous en avons donnée en commençant montre quelle est notre opinion à cet égard. Pour nous, et c'est là l'opinion générale, l'obsession n'est qu'un symptôme, au même titre que l'hallucination, le délire ou l'impulsion.

La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que l'obsession n'est jamais isolée, indépendante ; elle est toujours liée à un substratum sur lequel elle est pour ainsi dire implantée et aux caractères duquel elle participe. Les plus fréquents de ces états pathologiques qui servent de fondement à l'obsession sont : la dégénérescence, l'épilepsie (Cullerre), l'hystérie, la neurasthénie, l'alcoolisme, etc.

Il y a donc des obsessions de dégénérés, des obsessions d'alcooliques, d'épileptiques, d'hystériques, de neurasthéniques, etc.

Ces dernières sont de toutes, croyons-nous, les plus fréquentes. Il y a cependant ici une réserve à faire ou plutôt une question à poser.

Neurasthénie et névrose d'angoisse. — Dans ces dernières années, nous l'avons vu, certains auteurs allemands ont décrit ce qu'ils ont appelé : « *névrose*

d'angoisse ». Cet état morbide ne serait autre, d'après Hecker, que la neurasthénie elle-même, qu'il propose par suite d'appeler névrose d'angoisse, réservant le nom de neurasthénie à la simple irritation spinale. Freud, au contraire, fait de la névrose d'angoisse un type autonome et distinct de la neurasthénie, caractérisé, dans sa forme pure, et en outre de son étiologie sexuelle constante, par les symptômes suivants : surexcitation nerveuse générale ; état d'angoisse chronique ou « attente anxieuse » ; accès d'angoisse aiguë paroxystiques avec dyspnée, palpitations, sueurs profuses ; équivalents de la crise d'angoisse et crises rudimentaires ; phobies et obsessions (l'angoisse étant le plus constant et le plus significatif de ces symptômes).

Tel est l'état actuel des choses. Hartenberg qui dans son récent volume, déjà cité, a fait une étude documentée et intéressante de la névrose d'angoisse, adopte pour ainsi dire une opinion mixte.

« D'après l'étiologie et les symptômes cliniques consistant en désordres circulatoires, vaso-moteurs et viscéraux, on peut supposer que la névrose d'angoisse a pour siège le système nerveux sympathique. Elle exprimerait une fatigue, un épuisement du sympathique, comme la neurasthénie vraie traduit la fatigue du système nerveux cérébro-spinal. Il paraît donc *légitime* de séparer la névrose d'angoisse, maladie du sympathique, caractérisée par l'*angoisse,* de la neurasthénie, maladie du système cérébro-spinal, caractérisée par l'*asthénie*. Toutefois, comme dans la vie les causes de surmenage de l'un et l'autre système se rencontrent fréquemment associées, il est naturel que

l'on rencontre aussi les symptômes de la névrose d'angoisse et de la neurasthénie associés dans les formes mixtes.

« Le terme de névrose d'angoisse paraît *utile* pour différencier de la neurasthénie, dont la compréhension devient trop large, un groupe naturel de symptômes, représentant « une maladie primitive de l'émotivité » qui constitue le terrain de prédilection pour le développement des phobies. »

Pour notre part, nous ne croyons pas que la névrose d'angoisse représente une maladie spéciale. C'est seulement un état morbide, un syndrome, duquel font partie l'anxiété, la phobie, etc., et qui se greffe le plus habituellement, à titre transitoire ou permanent, sur un fond soit neuropathique, soit psychopathique. Ce syndrome d'angoisse s'associe le plus souvent à la neurasthénie et à la mélancolie, parce que ce sont là, de toutes les maladies, celles qui, par leur nature, par le fond constant d'inquiétude plus ou moins anxieuse qui résident en elles à l'état latent, se prêtent le mieux à son développement ; mais il peut survenir aussi dans toutes les autres névroses et dans nombre de psychoses.

Il n'y a donc pas une *névrose d'angoisse* entité distincte, indépendante ; il y a un *syndrome d'angoisse* qui, avec ses éléments d'anxiété paroxystique et de phobies, s'associe à diverses maladies, en particulier à la neurasthénie et à la mélancolie, de façon à leur donner en quelque sorte le caractère de *névrose* ou de *psychose d'angoisse*.

C'est là, nous semble-t-il, la meilleure façon de comprendre actuellement l'angoisse, la phobie, l'ob-

session, à la fois dans leur valeur propre et dans leurs rapports nosologiques.

Pathogénie de l'obsession. — Quant à la cause première de l'obsession et à sa localisation dans telle ou telle partie du corps, nous n'avons, sur ce point, aucune donnée précise. Peut-être Morel avait-il raison d'en faire une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral car, ainsi qu'il l'a montré le premier, les symptômes vaso-moteurs sont très marqués dans l'obsession, quelquefois même absolument prépondérants. L'obsession de la rougeur en est l'exemple le plus frappant. Mais si ces phénomènes semblent indiquer un trouble dans les fonctions du grand sympathique, rien ne nous autorise à penser que cet appareil, qui joue peut-être un rôle plus marqué qu'on ne pense dans certaines névroses, est altéré primitivement.

En résumé, l'obsession peut être considérée comme un état morbide intermédiaire entre la névropathie et la psychopathie, ou plutôt comme un des éléments constituants d'un syndrome émotif spécial, le syndrome d'angoisse, susceptible de se présenter, à des degrés et sous des formes variables, dans diverses névroses et psychoses.[1]

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Diagnostic avec les états physiologiques : Idées fixes et passions. — Diagnostic avec les états pathologiques : 1° Psychoses (Mélancolie anxieuse. Paranoia rudimentaire. Mélancolie simple. Idées fixes des états infectieux et toxiques. Idées obsédantes symptomatiques. Paralysie générale). 2° Névroses (Idées fixes hystériques. Idées fixes neurasthéniques. Épilepsie). — Diagnostic des obsessions entre elles.

Diagnostic avec les états physiologiques. — *Idées fixes et passions.* — L'obsession ne se sépare pas très nettement de certains états physiologiques outrés, presque morbides et d'apparence similaire.

Nous avons vu qu'il en était ainsi pour certaines idées fixes, par exemple pour les idées fixes des travailleurs et des compositeurs, qui se rapprochent beaucoup de l'idée fixe de l'obsession. La différence réside surtout dans ce fait que l'idée fixe du travailleur absorbé est *voulue,* au moins à son origine, et qu'elle ne rompt en rien, par son intervention, l'*unité* psychique de l'individu, tandis que l'idée fixe de l'obsession est *involontaire, automatique* et *discordante* avec le cours régulier des pensées.

C'est, suivant les idées soutenues par P. Janet, une synthèse secondaire qui se forme par développe-

ment excessif et exclusif d'un système d'images, à côté de la synthèse mentale principale, constitutionnellement ou accidentellement affaiblie. C'est, en un mot, une tendance à la dissociation de la personnalité.

La difficulté de distinction est la même dans le domaine de l'émotion que dans le domaine de l'intelligence et il n'est pas très aisé de déterminer si, dans certains cas au moins, la *passion* n'est pas une sorte d'obsession. Ribot [1], dans une formule heureuse, appelle la passion : l'*équivalent affectif de l'idée fixe*, et rien n'est plus juste. Un individu, dominé malgré lui par un amour intense, irrésistible, comme Phèdre, ou une jalousie farouche, comme Othello, est-il ou non un obsédé ? Un criminel torturé par son remords, qu'il veut en vain chasser, est-il ou non un obsédé et Shakespeare n'a-t-il pas fait justement de Lady Macbeth une obsédée de son crime, qu'elle revit jour et nuit jusque dans son sommeil ? La réponse, nous le répétons, n'est pas facile, et les caractères indiqués par Féré et Ribot et que nous avons rappelés plus haut, ne permettent pas toujours de la formuler. Tout ce qu'on peut dire, nous semble-t-il, c'est qu'une passion poussée ainsi à son plus haut degré peut être morbide par le fait de son intensité, de sa durée, de ses conséquences, mais qu'elle est légitimée par des causes déterminantes suffisantes. Entre l'éreuthophobe obsédé par la crainte de rougir et l'amoureux dominé par sa passion ou le scélérat par son forfait, il peut n'y avoir aucune différence sensible au point de vue de la souffrance éprouvée et

1. Ribot, *Psychologie des sentiments*, Paris, 1896, p. 20.

tous trois peuvent songer à en finir par le suicide ; mais chez l'amoureux et le coupable, si grandes que soient les tortures morales, elles sont justifiées par leur origine même, tandis qu'elles sont étrangement disproportionnées avec la cause chez l'éreuthophobe.

Diagnostic avec les états pathologiques. Psychoses. — Les obsessions doivent être séparées non seulement des états physiologiques ou semi-pathologiques, mais aussi des vrais états pathologiques qui s'en rapprochent, c'est-à-dire des *psychoses* et des *névroses,* puisqu'elles sont en quelque sorte intermédiaires entre les deux.

Mélancolie anxieuse. — Et d'abord, on peut confondre une névrose anxieuse, accompagnée d'obsession diffuse ou systématisée, avec la mélancolie anxieuse, dont elle n'est guère qu'une forme moins accentuée et dans laquelle elle peut verser comme nous l'avons vu. La confusion est d'autant plus possible que non seulement la névrose anxieuse et la psychose anxieuse se ressemblent avec de simples différences d'intensité mais encore qu'elles peuvent s'associer, en proportions diverses, pour former des sortes d'états mixtes, c'est-à-dire des *neuro-psychoses*.

Certains caractères cependant appartiennent tout particulièrement à la névrose anxieuse, qui revêt surtout le type neurasthénique. Nous n'insisterons pas sur les symptômes physiques tels que céphalée, amyosthénie, prurit nerveux, spasmes, pollakiurie, etc., etc., qu'elle présente. C'est particulièrement au point de vue mental qu'il est utile de montrer la différence. Contrairement à ce qui a lieu dans la mélancolie, même avec conscience, l'intelligence est ici ab-

solument intacte et il n'y a pas la moindre trace d'idée délirante. Tout se borne à de pures obsessions avec, le plus souvent, des tentations émotives de toute sorte, contre lesquelles lutte la volonté.

Un tel processus n'appartient qu'à la névrose obsédante et non à la mélancolie. Les obsessions pures et les tentations impulsives, en particulier les impulsions à rechercher des mots, à battre, à rire, à chanter, à danser, à tiquer, etc., sont absolument étrangères à la mélancolie. L'impulsion au suicide y est elle-même bien différente. Le mélancolique, dans son désespoir, *veut* se suicider ; il en recherche les moyens et fait appel à sa volonté pour avoir le courage d'accomplir sa tentative. L'obsédé, sauf le cas de suicide rationnel, ne *veut pas* se suicider ; au contraire, il a peur que sa volonté ne puisse résister à une obsession qui s'impose à lui et c'est pour ce motif que, pour ne pas y céder, il ferme sa fenêtre si elle est ouverte, s'éloigne de l'eau, cache armes, couteaux, allumetttes, s'il en voit, etc. Il a la *peur* du suicide, tandis que le mélancolique en a le *désir*, ce qui est bien différent.

Paranoia rudimentaire. — De même on peut confondre l'obsession, dans sa forme idéative, avec la *paranoia rudimentaire* ou délire systématisé raisonnant hypocondriaque, jaloux, de persécution, etc., c'est-à-dire en somme, l'idée fixe de l'obsession avec l'idée fixe du délire. La distinction n'est généralement pas embarrassante, car dans l'obsession idéative, outre les symptômes d'angoisse, les paroxysmes et l'état général, qui font défaut dans le délire, il y a connaissance complète de la nature pathologique de l'idée et

de ses caractères automatique et discordant. M. Roubinovitch[1] a consacré un intéressant article à ce diagnostic entre le délire raisonnant et l'obsession. Il faut se rappeler cependant qu'il n'y a point de différence fondamentale entre les deux états et que certaines obsessions idéatives constituent des cas de transition vers la paranoia à laquelle elles peuvent même aboutir complètement. C'est ce que nous avons montré plus haut. Dans sa récente étude déjà citée sur le *Tic et la Paranoia,* Sciamanna dit aussi que les tics psychiques (il appelle ainsi les obsessions avec images motrices) sont en quelque sorte intermédiaires entre les phobies simples et les délires systématisés, dans lesquels ils finissent parfois par verser.

Mélancolie simple. — L'obsession peut également être prise pour une *mélancolie simple* et il est quelques cas qui nous ont embarrassés à ce point de vue.

Une de nos malades, âgée de quarante-neuf ans, quelques jours après la mort de sa mère, est hantée par l'idée de cette mort sous la forme de questions obsédantes : Quelle était la cause de la maladie ? La cause de l'aggravation ? N'aurait-on pu faire mieux ? A-t-on bien exécuté les prescriptions médicales ? etc. C'est en vain que la malade cherche à se débarrasser de ces pensées ; elles s'imposent à elle et la nuit même elle voit sa mère en rêve. D'abord hésitants entre l'obsession et la mélancolie, nous ne tardâmes pas à conclure à l'existence de cette dernière, lorsque nous eûmes constaté que la malade croyait n'avoir

1. Roubinovitch, *Idée fixe et obsession.* Bulletin médical, 22 juillet 1896.

pas fait tout ce qu'elle aurait dû pour sauver sa mère (idée délirante de culpabilité imaginaire) et que, dans ces souvenirs détaillés qui lui revenaient à l'esprit, elle recherchait si elle n'avait pas commis quelque négligence. Guérison au bout de trois mois.

Dans ce cas et dans certains autres similaires, la détermination clinique est encore possible ; mais il en est où elle ne l'est plus pour ainsi dire, et où il s'agit encore de véritables états mixtes tenant à la fois de la mélancolie et de l'obsession.

Idées fixes des états infectieux et toxiques. Alcoolisme. — Signalons enfin, comme diagnostic psychopathique parfois embarrassant, celui de l'obsession avec certaines idées fixes délirantes, résidu de *maladies infectieuses* et *toxiques* [1], en particulier avec certaines idées délirantes de l'*alcoolisme*. Nous avons observé chez des alcooliques à la fois des obsessions vraies et des idées fixes délirantes, en général de nature jalouse. Comme pour la paranoia rudimentaire, c'est surtout la connaissance ou la méconnaissance du caractère pathologique et irréel de l'idée qui constitue le principal élément de distinction.

Idées obsédantes symptomatiques. — On peut en dire autant de toutes les *idées obsédantes,* qu'il faut se garder de confondre, comme le dit M. Magnan, avec les obsessions. Les idées obsédantes sont des idées délirantes irrésistibles qui peuvent se rencontrer dans nombre de formes psychopathiques, et qu'on

1. E. Régis, *De la suggestion hypnotique dans le traitement des délires toxiques et infectieux (idées fixes post-oniriques).* Congrès international de l'hypnotisme, 1900.

différencie en ce qu'elles sont méconnues et qu'elles se rattachent à un ensemble morbide, en général caractéristique. On trouvera des détails à ce sujet dans une leçon de M. Séglas [1] : « Des idées de grandeur et de persécution conscientes et obsédantes. »

Paralysie générale. — Les idées obsédantes dont nous venons de parler peuvent se rencontrer même dans la paralysie générale, surtout au début ; nous les avons observées deux ou trois fois, facilement reconnaissables à leur caractère plus puéril. L'obsession proprement dite a pu être prise exceptionnellement, de son côté, pour une paralysie générale, comme dans le cas cité par Morel [2]. En dehors d'autres signes et de l'état mental, qui n'est plus le même, l'embarras de la parole qu'on rencontre parfois dans l'obsession est un embarras purement *émotif,* ne survenant que dans des circonstances bien déterminées et devant certaines personnes.

Névroses. — Le diagnostic de l'obsession avec les névroses simples n'est pas toujours facile, car elles peuvent s'accompagner de phénomèmes idéatifs ou émotionnels semblables à ceux de l'obsession, avec laquelle elles coexistent, nous l'avons vu, fréquemment.

Idées fixes hystériques. — Les hystériques sont souvent sujets à des idées fixes, bien étudiées par M. P. Janet [3], qui leur viennent de diverses sources,

1. Séglas, *Leçons cliniques,* p. 756.
2. Morel, Loc. cit., p. 400.
3. P. Janet, *Automatisme psychologique,* 1889. — *Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes.* Revue philos., 1891, I, 280. — *État mental des hystériques : les stigmates mentaux, les accidents*

sont souvent tout à fait ignorées, et les dominent complètement. Dans bien des cas, il n'y a pas, entre ces idées fixes et les obsessions, de différences bien tranchées, car les obsessions des hystériques s'alimentent souvent à ces idées fixes. D'une façon générale, cependant, elles ne s'accompagnent pas, au même degré, de troubles émotionnels, et surtout elles ont un caractère de *subconscience* qui ne se retrouve pas dans l'obsession, bien que pour M. Janet l'idée fixe dite *consciente* soit souvent elle-même plus ou moins subconsciente.

Idées fixes neurasthéniques. — La distinction est plus difficile encore avec les idées fixes des neurasthéniques. Il est de ces malades entièrement préoccupés par un souci, celui de leur santé en particulier, qui ressemblent à des obsédés. Nous avons réuni un certain nombre de ces observations, vis-à-vis desquelles nous nous sommes trouvés un certain temps embarrassés. Néanmoins, en se reportant aux caractères fondamentaux de l'idée fixe de l'obsession, on arrive le plus souvent à constater que ces caractères font plus ou moins défaut dans l'idée fixe simple de la neurasthénie, qui n'est pas appréciée par le malade comme une idée parasite, automatique et discordante avec le cours régulier des pensées.

« Les simples neurasthéniques sont toujours préoc-

mentaux (Collection Charcot-Debove, 1893). *L'amnésie continue*. Revue générale des sciences, 30 mars 1893. — *L'idée fixe*. Revue philosophique, février 1894 ; Arch. de neurologie, mai 1895 ; Presse médicale, 1er juin 1895 : Revue philosophique, février 1897. — *Névroses et idées fixes*, 1898 (en collaboration avec le Pr Raymond). — *La maladie du scrupule*. Revue philos., 1901.

cupés de leur propre personne. Ils sont inquiets de leur état maladif, ils sont attristés de leur impuissance ; ils craignent pour leur santé, pour leur vie ; tout le reste leur est indifférent. Les idées qui tourmentent les obsédés se rapportent au contraire la plupart du temps à des objets étrangers à leur personne. Ils ont peur d'accomplir des actes criminels, de porter tort à autrui, de commettre des sacrilèges, et quand ils ont peur des maladies, c'est une peur intellectuelle, raisonnée, qui ne ressemble que de fort loin à l'inquiétude égoïste du pur neurasthénique. De plus, ils se rendent parfaitement compte que les idées obsédantes qui les tourmentent sont des idées parasites, illogiques, absurdes. Et comme ces idées s'imposent irrésistiblement à leur conscience sans altérer leur jugement, ils en arrivent en fin de compte à une forme très particulière et très curieuse de désagrégation psychique qui ne s'observe jamais dans la neurasthénie : le dédoublement conscient de la personnalité. « J'ai deux moi, disent-ils presque tous quand on les prie d'expliquer ce qu'ils ressentent, l'un malade qui s'émeut pour des bêtises, l'autre sain qui assiste impuissant aux agissements absurdes du premier ». Aussi l'état d'obsession est-il toujours accompagné d'un effort fait par le malade pour repousser l'idée obsédante d'une lutte entre le moi normal et le moi morbide, effort et lutte dont il n'existe pas trace chez les neurasthéniques[1] ».

Épilepsie. — MICKLE a insisté sur le diagnostic

1. A. PITRES, *L'état mental neurasthénique*. Journal de médecine de Bordeaux, 3 novembre 1901.

de l'obsession avec l'épilepsie : « L'émergence soudaine du fin fond de la conscience des éléments de l'obsession, dit-il, peut rappeler l'attaque d'épilepsie. Cependant, ce n'est pas de l'épilepsie vraie ; ce n'est pas non plus de l'épilepsie larvée. Il n'existe pas là, à titre primaire, de ces obscurs états de la conscience ou quelque chose d'analogue, quoique l'obtusion mentale puisse survenir, et même à un degré chaotique, comme élément secondaire, dans quelques rares cas, par suite de l'irrésistibilité avec laquelle le sujet est obligé de suivre le cours de ses pensées, qui changent avec une rapidité toujours croissante, jusqu'à dégénérer en une sorte de confus « tourbillon mental ». Mais ces états d'obtusion secondaire diffèrent absolument de l'absence primaire, du voile momentané, de l'imperception, des états nuageux de l'épilepsie.

« Des obsessions peuvent immédiatement précéder l'attaque convulsive, à titre d'*aura,* ou peuvent survenir chez des épileptiques dans les intervalles quasi-lucides, mais jamais *au moment précis* où l'esprit est sous le coup d'une attaque. Il existe aussi dans ces cas, au moins d'ordinaire, un état de dégénérescence mentale.

« Comparons un instant les caractères généraux de l'obsession avec impulsion et ceux de l'impulsion épileptique « non contrôlable ».

« *Obsession.* — Conservation entière (ou presque) de la conscience. D'ordinaire, parfait souvenir de l'attaque. Anxiété et angoisse concomitantes. Inquiétude du malade sur son état mental. Dégoût de la vie. Fréquemment, stigmates physiques de neurasthénie cérébrale.

« *Épilepsie.* — Explosion soudaine de l'attaque. Inconscience ou état de trouble, ou grande obscurité mentale pendant l'explosion. Perte plus ou moins complète du souvenir de l'attaque. Souvent, ressemblance absolue de détails entre plusieurs attaques impulsives. »

Mickle aurait pu ajouter, parmi les caractères différentiels importants, que l'impulsion de l'obsession est précédée d'idée et de *lutte,* tandis que l'impulsion de l'épilepsie est soudaine et se réalise aussitôt. Les dissemblances entre la dromomanie de l'obsédé et l'automatisme ambulatoire de l'épilepsie, pour ne citer que cet exemple, sont tout à fait caractéristiques.

Diagnostic des obsessions entre elles.— Mais il ne suffit pas de distinguer l'obsession des autres états pathologiques. Il faut encore différencier les unes des autres les diverses formes d'obsession.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur les caractères spéciaux des divers états obsédants : état obsédant panophobique, état obsédant monophobique, état obsédant monoïdéique ou obsession proprement dite, nous permettent de n'y pas revenir. Nous avons également, à diverses reprises, indiqué les signes distinctifs entre les obsessions *accidentelles* et les obsessions *constitutionnelles,* qui se font surtout remarquer par leur origine héréditaire, souvent dégénérative, leur précocité, leur forme plutôt intellectualisée (obsession idéative ou impulsive), leur chronicité, leur curabilité moindre, leur inaccessibilité à la suggestion hypnotique.

Nous nous bornerons donc à résumer, en quelques

mots, les différences entre les obsessions hystériques et les obsessions neurasthéniques.

Les obsessions *hystériques* débutent plus ou moins brusquement à la suite d'un choc moral, d'une émotion vive. Elles revêtent très souvent la forme de phobie, diffuse ou systématisée, avec reviviscence, parfois hallucinatoire, de l'émotion première. Elles ont des rapports fréquents avec les rêves, dont elles peuvent émaner, ou par l'intermédiaire desquels elles se renforcent. Elles coexistent avec des stigmates ou des accidents hystériques et ont un caractère plus ou moins *subconscient*. Elles sont curables par suggestion.

Les obsessions *neurasthéniques* surviennent plus lentement, très fréquemment à l'occasion d'un état d'épuisement, d'infection, de surmenage ou d'un accès aigu de neurasthénie. Elles peuvent revêtir toutes les formes, mais sont basées en général sur un fond d'inquiétude, causée et entretenue par des sensations subjectives réelles. Elles s'accompagnent de stigmates neurasthéniques : céphalée, rachialgie, troubles digestifs, etc. Elles sont curables, mais à un moindre degré que les hystériques et habituellement réfractaires à la suggestion hypnotique.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Internement des obsédés. Isolement. — Psychothérapie à l'état de veille. Suggestion hypnotique. Traitement proprement dit.

Le traitement des obsessions demanderait une étude spéciale et complète. Nous nous bornerons ici à en résumer, en quelques mots, les points principaux.

Internement des obsédés. — La première question qui se pose est la suivante : doit-on interner les obsédés ? Les auteurs qui ont abordé ce sujet ne sont pas d'accord. Les uns, avec Westphal[1], n'hésitent pas à déclarer que le séjour dans les asiles est désastreux pour ces malades. MM. Rouillard et Iscovesco[2] disent, au contraire, que l'internement de l'obsédé s'impose.

En réalité, Westphal a raison, l'asile ne convient pas aux obsédés. Nous en connaissons quelques-uns

1. Westphal, Loc. cit.

2. Rouillard et Iscovesco, *L'obsession en pathologie mentale*. Revue générale, Gazette des hôpitaux, 25 avril 1896.

qui, en désespoir de cause, ont accepté ou demandé eux-mêmes leur internement. Ils n'en ont retiré aucun bénéfice et même n'ont pu le supporter, car avec la phobie de la folie que les obsédés ont presque tous plus ou moins en germe, leur angoisse s'augmentait à la vue des aliénés. Une exception doit cependant être faite pour certaines obsessions impulsives dans lesquelles les malades ont tellement peur d'eux-mêmes qu'ils se sentent soulagés et rassurés par la claustration et même par la contention. C'est là, pour eux, une sorte de moyen de défense.

Isolement. — Mais si, d'une façon générale, l'internement est inutile ou même nuisible dans les obsessions, en revanche, l'isolement peut être et est souvent des plus favorables. Cet isolement doit être pratiqué suivant les règles adoptées pour les névropathes, c'est-à-dire dans un établissement d'hydrothérapie ou de nerveux, sous forme d'installation à la campagne, de voyages, etc. L'essentiel, quelle que soit la façon dont on l'exécute, c'est, en même temps qu'on éloigne l'obsédé de son milieu et des siens, de lui donner un compagnon de choix, intelligent, dévoué, habile, susceptible d'exercer sur lui une influence heureuse, car le traitement moral est sans contredit le premier de tous dans l'obsession.

Psychothérapie. — La psychothérapie en particulier, qui est la base même du traitement moral, est d'une importance capitale. A cet égard, il est nécessaire, comme toujours, de faire une distinction entre la psychothérapie simple, à l'état de veille, et la psychothérapie hypnotique.

D'une façon générale, en effet, les obsédés présentent cette particularité curieuse que, très sensibles à l'action de la suggestion ordinaire, au réconfort moral du médecin, ils sont rebelles à la suggestion hypnotique, qui n'a pas souvent prise sur eux. Ils ressemblent encore en cela aux neurasthéniques, qui se trouvent momentanément soulagés et même guéris de leurs maux par une simple visite au médecin et qui ne sont pas hypnotisables.

Psychothérapie à l'état de veille. — La suggestion, la psychothérapie à l'état de veille, est une médication délicate, surtout chez les obsédés ; elle ne doit être maniée qu'avec beaucoup de prudence, de délicatesse, d'habileté. Un mot peut faire beaucoup de bien à un obsédé ; un mot peut lui faire beaucoup de mal et nous en avons vu plusieurs qu'une phrase malheureuse, échappée à son insu à un médecin, avait poussés au paroxysme de l'affolement anxieux. Nous ne saurions trop insister sur ce point. Bien entendu, l'efficacité de l'action morale du médecin ou du compagnon sur l'obsédé n'est ni absolue, ni éternelle ; il faut savoir en faire varier la formule et l'action, au besoin même faire des changements de personnes, de façon à la rajeunir et à la renouveler. Le but à poursuivre, comme l'indique M. Janet, doit comprendre deux choses : 1° dissocier et désagréger la synthèse mentale secondaire, le système mental de l'obsession ; 2° reconstituer la synthèse mentale principale, toujours affaiblie. M. Valentin et M. Hartenberg ont, l'un et l'autre, donné des indications personnelles intéressantes sur le traitement des phobies et des obsessions par la psychothérapie ainsi

comprise. Van Eeden et van Renthergem ont aussi beaucoup insisté à ce sujet ainsi que le P[r] Raymond et M. Bellet dans sa thèse plus haut citée.

Psychothérapie hypnotique. — La suggestion hypnotique, préconisée surtout par Milne-Branwell, Bérillon, Farez, Vlasianos, Lépinay, etc., serait incontestablement la meilleure méthode de traitement des obsessions, si elle était toujours possible. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Depuis de longues années, nous avons fait à cet égard de nombreux essais, et nous pouvons dire qu'en dehors des cas d'obsession se rattachant, à un degré quelconque, à un état hystérique, nous n'avons jamais réussi à suggestionner les obsédés, même en ayant recours à des procédés adjuvants, tels que la chloroformisation. En revanche, nous avons obtenu, comme tout le monde sans doute, de beaux succès dans les obsessions liées à l'hystérie. La chose n'est cependant pas toujours très simple, même dans ces cas, car il n'est pas rare de voir les obsessions, au fur et à mesure qu'on les supprime, réapparaître sous une autre forme ou être remplacées par d'autres symptômes, ce qui recule parfois très longtemps la difficulté.

Il ne faut jamais, dans la cure hypnotique des hystériques obsédés, oublier les *rêves* qui souvent entretiennent les obsessions et dont on peut, par une action contraire, faire des agents curateurs. L'un de nous[1] et M. Tissié[2] ont insisté sur ce point. Ce

1. A. Pitres, Congrès des aliénistes et neurologistes. Session de Clermont-Ferrand, 1894.

2. Tissié, *Un cas d'obsession intellectuelle et émotive guéri par*

dernier a ajouté à l'action de l'hypnose l'action de diverses médications, en particulier de la gymnastique[1].

Traitement proprement dit. — Le traitement proprement dit des obsessions varie essentiellement suivant l'état général et le type morbide. A cet égard, il convient de distinguer surtout les cas qui se rattachent à l'hystérie, à la neurasthénie, à la dégénérescence, chaque catégorie réclamant une thérapeutique spéciale.

En principe, il faut à la fois calmer et tonifier les obsédés qui, pour la plupart, appartiennent, comme les neurasthéniques, à la « faiblesse irritable ». Calmer, apaiser l'excitation nerveuse, voilà le grand point, la première tâche, souvent difficile, à remplir. Il faut donc s'adresser aux médications sédatives et toniques, sédatives surtout, et éviter par conséquent, à moins d'indication formelle, telle que dépression extrême, ce qu'on fait malheureusement

la suggestion renforcée par un parfum, l'isolement et les douches. Congrès de médecine mentale de Paris, 1889. — *Traitement des phobies par la suggestion (rêves et parfums) et par la gymnastique médicale.* Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895. — *Les rêves* : Rêves pathogènes et thérapeutiques. Rêves photographiés. Journal de médecine de Bordeaux, 1896.

1. Voyez encore sur cette question de la suggestion hypnotique chez les obsédés : Aug. Voisin. *De l'aide donnée par le chloroforme dans le sommeil hypnotique chez les aliénés et les obsédés.* Bulletin médical, juillet 1891, n° 91. — Bérillon. Société de médecine et de chirurgie pratiques. Séance du 8 juin 1893. — Joire, *Traitement par la médication hypnotique de l'état mental des obsessions et des idées fixes des hystériques.* Revue de l'hypnotisme, mars 1896, etc.

très souvent chez les obsédés et chez les neurasthéniques, les stimulants, les excitants, qui ne font que renforcer l'irritabilité. Nous avons vu nombre d'obsédés surexcités au plus haut point par l'hydrothérapie froide ou des toniques trop actifs.

Les agents les plus utiles et auxquels on devra avoir recours, suivant les cas, sont les suivants : douche, habituellement attiédie, bains, affusions, électrothérapie surtout sous la forme statique, exercices corporels, bicyclette, occupations, distractions, laxatif répété, quotidien, comme dérivatif et antitoxique ; toniques nervins (glycéro-phosphates, sérum artificiel, etc.), calmants et hypnotiques ; traitement de l'état général, hystérique ou neurasthénique, ainsi que des troubles viscéraux concomitants.

L'opothérapie n'a pas été expérimentée d'une façon systématique dans les états d'obsession. Nous avons, cependant, essayé à diverses reprises le traitement thyroïdien, mais sans grand succès. La médication ovarienne nous a réussi dans un cas, où les phénomènes vaso-moteurs étaient des plus marqués[1].

1. Nous ne dirons rien ici de la médecine légale des obsessions, en particulier des obsessions impulsives, nous réservant d'en parler à propos de la médecine légale des impulsions, avec laquelle elle se confond.

DEUXIÈME PARTIE

LES IMPULSIONS

CHAPITRE I

I. Introduction. — II. Psycho-physiologie de l'activité volontaire. — III. Volition et réflexe. — IV. Valeur et portée nosologiques du terme impulsion. — V. Définition de l'impulsion et de ses dérivés.

I. — *Introduction.*

Il n'est peut-être pas de phénomène morbide plus anciennement et plus couramment observé, en psychiatrie, que l'*impulsion.* Il n'en est pas de moins précis et de moins déterminé dans sa nature et sa signification.

Grammaticalement, le mot impulsion (de *in,* vers, et *pellere*, pousser) a un double sens. Il signifie soit l'action de pousser, soit l'effet de cette action, c'est-à-dire à la fois la force qui détermine un mouvement et ce mouvement lui-même.

Psychologiquement, l'impulsion est, à un degré plus accentué, synonyme d'inclination ou de penchant, aussi bien dans le sens favorable que défavorable.

« La volition est l'effort ou la *tendance* (conatus) d'aller vers ce qu'on trouve bien, et de fuir ce qu'on trouve mauvais »... « Plusieurs perceptions et inclinations concourent à la volition parfaite, qui est le résultat de leur conflit »... « De toutes les *impulsions* diverses résulte enfin l'état prévalant qui fait la volonté » (Leibnitz).

Nosologiquement, enfin, l'impulsion est quelque chose d'essentiellement variable suivant les auteurs. Pour certains, c'est une tendance morbide irrésistible ou tout au moins impérieuse ; pour beaucoup, un acte forcé ; pour quelques-uns, à la fois ou indistinctement, l'un et l'autre. D'aucuns y voient exclusivement une propension toujours consciente et péniblement débattue, c'est-à-dire la suite d'une obsession, par transformation naturelle de l'idée dominante en acte ; d'autres admettent, à côté de cette forme, une impulsion inconsciente, automatique. Hier encore, les manigraphes de l'école d'Esquirol la considéraient comme une sorte de tout morbide susceptible de donner naissance à de nombreuses variétés de monomanies, les *monomanies impulsives* ; aujourd'hui, on n'en fait généralement plus qu'un symptôme ou un syndrome, se présentant à titre d'épisode ou d'épiphénomène dans diverses psychopathies.

En un mot, une grande confusion, comme le remarque fort justement Morselli, règne encore sur le sujet, confusion accentuée encore par ce fait qu'il n'existe nulle part, à notre connaissance, de monographie spéciale de l'impulsion.

C'est pourquoi il nous paraît nécessaire, avant de

décrire l'impulsion, de préciser autant que possible ce que l'on doit entendre par là, en nous appuyant sur les données de la psycho-physiologie.

II. — *Psycho-physiologie de l'activité volontaire.*

Examinons d'abord ce qu'est, à l'état normal, l'activité volontaire. Les ouvrages bien connus de Ribot et de Dallemagne nous fourniront à cet égard de précieuses indications.

« Le principe fondamental, dit Ribot, qui domine la psychologie de la volonté sous sa forme impulsive, à l'état sain comme à l'état morbide, c'est que tout état de conscience a toujours une tendance à s'exprimer par un mouvement, par un acte. Ce principe n'est qu'un cas particulier, propre à la psychologie, de cette loi fondamentale, que le *réflexe* est le type unique de toute action nerveuse, de toute vie de relation. A proprement parler, l'activité de l'animal n'est pas un commencement mais une fin, une cause mais un résultat, un début mais une suite. C'est là le point le plus essentiel qu'il ne faut jamais perdre de vue et qui seul explique la psychologie et la pathologie de la volonté, parce que cette tendance de l'état de conscience à se dépenser en un acte psychologique ou physiologique, conscient ou inconscient, est le fait simple auquel se réduisent les combinaisons et complications de l'activité volontaire la plus haute.

Le nouveau-né n'est, comme l'a défini Virchow, « qu'un être spinal ». Son activité est purement réflexe ; elle se manifeste par une telle profusion de mouve-

ments que le travail de l'éducation consistera pendant longtemps à en supprimer ou à en restreindre le plus grand nombre. Cette diffusion des réflexes qui a ses raisons dans des relations anatomiques traduit dans toute sa simplicité la transformation des excitations en mouvements. Qu'ils soient conscients ou qu'ils éveillent un rudiment de conscience, en aucun cas ils ne représentent une activité volontaire ; ils n'expriment que l'activité de l'espèce, ce qui a été acquis, organisé et fixé par l'hérédité ; mais ce sont les matériaux avec lesquels la volonté sera construite.

Le *désir* marque une étape ascendante de l'état réflexe à l'état volontaire. Nous entendons par désirs les formes les plus élémentaires de la vie affective, les seules qui puissent se produire tant que l'intelligence n'est pas née. Physiologiquement, ils ne diffèrent pas des réflexes d'ordre complexe. Psychologiquement, ils en diffèrent par l'état de conscience, souvent très intense, qui les accompagne. Leur tendance à se traduire en actes est immédiate et irrésistible comme celle des réflexes. A l'état naturel et tant qu'il est encore pur de tout alliage, le désir tend à se satisfaire immédiatement ; c'est là sa loi, elle est inscrite dans l'organisme.

La pathologie nous fera voir que cette forme d'activité augmente quand la volonté faiblit, persiste quand elle disparaît. Elle marque cependant un progrès sur la première période, parce qu'elle dénote un commencement d'individualité. Sur le fond commun de l'activité spécifique, les désirs dessinent vaguement le caractère individuel ; ils reflètent la façon de réagir d'un organisme particulier.

Dès qu'une somme suffisante d'expériences a permis à l'intelligence de naître, il se produit une nouvelle forme d'activité, pour laquelle l'épithète d'idéo-motrice est la plus convenable, les idées étant causes de mouvements. Elle a de plus l'avantage de montrer sa parenté avec les réflexes, dont elle n'est qu'un perfectionnement...

Ceci admis, nous pouvons classer grossièrement les idées en trois groupes, suivant que leur tendance à se transformer en acte est forte, modérée, ou faible, et même en un certain sens, nulle.

1° Le premier groupe comprend les états intellectuels extrêmement intenses (les idées fixes peuvent servir de types). Ils passent à l'acte avec une fatalité, une rapidité presque égales à celles des réflexes. Ce sont les idées « qui nous touchent ». L'ancienne psychologie, affirmant un fait d'expérience vulgaire, disait dans son langage que l'intelligence n'agit sur la volonté que par l'intermédiaire de la sensibilité. En laissant de côté ces entités, cela signifie que l'état nerveux qui correspond à une idée se traduit d'autant mieux en mouvement qu'il est accompagné de ces autres états nerveux (quels qu'ils soient) qui correspondent à des sentiments. Cette traduction faite, on comprend pourquoi, dans le cas actuel, sous sommes si près de la phase précédente, pourquoi l'action nerveuse est plus énergique, agit sur plus d'éléments.

La plupart des passions, dès qu'elles dépassent le niveau du pur appétit, rentrent dans ce groupe comme principes d'action. Toute la différence n'est qu'en degré, suivant que, dans le complexus ainsi formé, les éléments affectifs prédominent ou inversement.

2° Le deuxième groupe est le plus important pour nous. Il représente l'activité raisonnable, la volonté au sens courant du mot. La conception est suivie d'un acte après une délibération courte ou longue. Si l'on y réfléchit, on trouvera que la plupart de nos actions se ramène à ce type, déduction faite des formes précitées et des habitudes. Dans ce groupe, la tendance à l'acte n'est ni instantanée ni violente. Beaucoup des actions qui forment le train ordinaire de notre vie ont été à l'origine accompagnées d'un sentiment de plaisir, de curiosité, etc. Maintenant le sentiment primitif s'est affaibli, mais le lien entre l'idée et l'acte s'est établi ; quand elle naît, il suit.

3° Avec les idées abstraites, la tendance au mouvement est à son minimum. Ces idées étant des représentations de représentations, de purs schémas, des extraits fixés par un signe, l'élément moteur s'appauvrit dans la même mesure que l'élément représentatif. Si l'on considère toutes les formes d'activité que nous venons de passer en revue comme des complications successives du réflexe simple, on peut dire que les idées abstraites sont une ramification collatérale, faiblement rattachée au tronc principal et qui s'est développée à sa manière. Leur tendance motrice se réduit à cette parole intérieure, si faible qu'elle soit, qui les accompagne, ou au réveil de quelque autre état de conscience. Car, de même qu'en physiologie la période centrifuge d'un réflexe n'aboutit pas toujours à un mouvement, mais aussi bien à la sécrétion d'une glande ou à une action trophique ; de même, en psychologie, un état de conscience n'aboutit pas toujours à un mouvement, mais à la résurrection

d'autres états de conscience, suivant le mécanisme bien connu de l'association.

... A s'en tenir à ce qui précède, l'activité volontaire nous apparaît comme un moment dans cette évolution ascendante qui va du réflexe simple, dont la tendance au mouvement est irrésistible, à l'idée abstraite, où la tendance à l'acte est à son minimum. On n'en peut fixer ni le commencement, ni la fin, la transition d'une forme à l'autre étant presque insensible[1] ».

La théorie développée par DALLEMAGNE est, sous une autre forme, analogue[2].

Il commence d'abord par rappeler qu'on admet aujourd'hui que le système nerveux tout entier est constitué d'une série d'arcs réflexes se groupant et se compliquant progressivement, et que parallèlement, les fonctions nerveuses se composent d'actions réflexes d'un groupement et d'une complexité adéquates aux arcs qui en forment la trame, la charpente.

« Toute manifestation physiologique n'est donc qu'un acte réflexe ayant comme substratum un arc réflexe. L'arc réflexe peut être mono ou polyneurique, selon qu'il se compose d'un ou de plusieurs neurones ; l'acte réflexe se présentera, d'une manière correspondante, comme constitué par un ou plusieurs réflexes neuriques. Certains actes réflexes, d'une extraordinaire simplicité, se passent tout entiers dans un

1. RIBOT, *Les maladies de la volonté*. Introduction. Paris. Alcan.

2. DALLEMAGNE, *Physiologie de la volonté*. Collection des aide-mémoires LÉAUTÉ.

neurone unique ; d'autres font intervenir un nombre plus ou moins considérable d'arcs et de réflexes neuriques ; entre les premiers et les derniers il existe de nombreuses transitions.

On pourait classer les réflexes d'après la segmentation anatomique des arcs réflexes auxquels ils correspondent et distinguer par suite, dans l'état actuel des choses, des réflexes ganglionnaires, médullaires, bulbaires, opto-striés, cérébelleux et corticaux.

On pourrait aussi les diviser en prenant pour base l'association de neurones dont ils résultent : association *intraneurique* ou *intracentrale* et *interneurique* ou *intercentrale,* suivant que l'association porte sur des neurones de même ordre fonctionnel ou sur des groupements neuriques physiologiquement différents ; *intersegmentaires* enfin, quand l'association se fait entre des segments très différenciés, comme par exemple celle que réalisent entre le sympathique et le système cérébro-spinal les rameaux communicants.

Mais c'est surtout leur caractère de *stabilité* ou d'*instabilité* qui différencie les associations intra ou interneuriques, c'est-à-dire les réflexes.

Dans un cas, la stabilité est complète. Le cycle neurique du réflexe, basé sur une charpente fixe dans ses éléments et désormais invariable, est fermé, saturé, immuable. Tels les réflexes sympathiques et certains réflexes médullaires, c'est-à-dire des centres inférieurs.

A un degré plus élevé, la stabilité est de beaucoup moindre. Au fur et à mesure qu'on remonte les degrés de l'arc cérébro-spinal, les voies offertes à l'influx incitateur deviennent plus nombreuses ; l'onde nerveuse n'est plus assujettie à un parcours immodi-

fiable ; elle reste encore sollicitée à suivre une voie déterminée, mais il lui est facultatif de prendre un chemin différent ; les cellules centrales, tout en affectant une grande autonomie, ne demeurent plus inaccessibles aux influences extérieures. Le circuit multiple, le cycle de ces centres diffèrent donc du cycle fermé puisqu'ils peuvent se combiner de diverses manières ; et ces cycles, susceptibles d'être influencés par les cycles voisins, restent en évolution, tandis que le centre saturé, au contraire, définitivement adapté, est arrivé au terme ultime de son développement. Ce mode d'association des neurones se rencontre par exemple dans les arcs neuriques qui prennent leurs sommets à la base, ainsi que dans la majorité des circuits du cervelet.

Il faut admettre enfin pour les neurones tout à fait supérieurs des voies d'associations variées, multiples et largement ouvertes, les centres corticaux étant extrêmement sensibles, malléables et tout à fait éloignés de ces états de saturation fonctionnelle indispensable à l'automatisme des manifestations de la vie végétative. Il s'agit là des réflexes corticaux supérieurs auxquels revient l'apanage de la pleine conscience.

Le réflexe volontaire ou *volition* appartient à la catégorie des réflexes corticaux les plus élevés. Il représente dans la série évolutive des réflexes une sorte de point culminant, et se caractérise, se distingue surtout des autres réflexes supérieurs par le sentiment intime qui rapporte à notre moi l'acte, quel qu'il soit, par cette attribution du réflexe au moi par le moi lui-même.

Les volitions ont des caractères dont l'ensemble

peut être représenté par un schéma, le schéma de l'acte volontaire. Ce schéma se compose d'une suite de processus successifs qui sont comme les étapes obligatoires de cette sériation d'actions et de réactions qui caractérisent le réflexe neurique envisagé. Nous y trouvons successivement : l'excitation initiale ; la perception de cette excitation ; l'éveil des processus d'association ; l'élaboration, sous l'effort du jugement, de la réflexion, d'une résultante qui n'est en définitive que la détermination volontaire, la décision ; une appréciation des effets ainsi que des voies et moyens particuliers à cette résultante ; enfin l'exécution des intentions ainsi élaborées.

C'est là le schéma du réflexe volontaire type, des volitions par excellence, celles où la faculté, très libre dans ses opérations, disposant du temps et des matériaux nécessaires, élabore ses motifs dans la plus complète indépendance. Elles attestent la grande richesse des circuits, la solide pondération des centres, ainsi que les qualités très aiguisées d'une harmonisation exigeante, raffinée. Elles accusent également l'existence d'une qualité toute particulière de nos cellules, d'un modus faciendi qui porte le nom d'*inhibition*.

Mais il est des volitions d'une allure tout autre ; le travail d'association est ici considérablement réduit ; à peine la conscience a-t-elle perception de l'incitation causale que déjà semble prête la détermination ; quelques images sont seules intervenues pour donner naissance à cette détermination ; les réseaux associés, très courts et peu pourvus, n'ont fait qu'interrompre la poussée incitatrice ; ce réflexe polyneurique n'est

guère plus compliqué qu'un réflexe mononeurique ; il faudrait très peu lui retrancher pour en faire un réflexe conscient encore, mais dépourvu de la plupart des attributs de la volition. Car nous ne pouvons perdre de vue que parmi les éléments qui différencient les volitions, les plus essentiels sont ceux compris dans ces processus d'association, substratum des opérations intellectuelles, dénommées réflexion et jugement. Supprimez les images associées, et l'illusion du choix qu'elles procurent à la conscience, c'est-à-dire l'un des plus importants attributs psychiques accordés à la volition, disparaît complètement. Il y a donc des volitions qui confinent de très près au réflexe supérieur simple accompagné de conscience et ces volitions sont l'apanage des centres à circuits courts, ou pauvres en résidus mnémoniques.

Entre ces deux types de volitions, constituant les deux termes extrêmes, se placent évidemment quantité d'intermédiaires ».

III. — *Volition et réflexe.*

Il résulte de l'exposé de ces théories, tant de celle de Ribot que de celle de Dallemagne, car elles abou tissent toutes deux, l'une par une voie psychologique, l'autre par une voie plus anatomo-physiologique, à peu près à la même conclusion, que l'activité volontaire ou volition est comparable au réflexe.

Cette comparaison qui au premier abord peut surprendre est en réalité des plus logiques et on la retrouve plus ou moins nette et sous une forme quelconque, chez la plupart des auteurs contemporains.

C'est ainsi que Salemi Pace, dans un récent opuscule [1], opposant ce qu'il appelle la *coactivité* à l'*électivité* des motifs, dans le mécanisme de la volonté, dit que « dans la coactivité, l'arc diastaltique des *réflexes* est bref, éliminant l'intervention des *réflexes* les plus élevés, jusqu'à se limiter au stimulus et à la détermination à l'acte ; tandis que dans l'*électivité*, le parcours des *réflexes* est entier, l'arc diastaltique est complet, c'est-à-dire avec stimulus, critique-réflexion et détermination à l'acte ». C'est ainsi encore que Morselli, bien qu'en termes empruntés à la langue de l'électricité, formule une conception au fond analogue. Il compare l'appareil de la fonction volontaire à un circuit électrique interrompu par un rhéostast, où il subit une résistance et un arrêt plus ou moins longs et plus ou moins absolus, le rhéostat étant représenté ici par le cortex cérébral. Et pour bien marquer ce rôle essentiel de résistance dévolu au cerveau, il rappelle très judicieusement qu'un mouvement ne peut être considéré comme voulu que lorsque son temps de retard ou, si l'on veut, sa latence sont plus longs que ceux du mouvement réflexe et automatique [2].

Ce n'est d'ailleurs pas seulement dans les ouvrages récents que se manifeste ce rapprochement de la volonté avec le réflexe ; on en découvre la trace même dans des travaux antérieurs à la nouvelle école psy-

1. Salemi-Pace, *Obsessioni, Idee fisse e Volontà*. Palermo, 1900.

2. Morselli, *Manuale di semejotica delle malattie mentali*, vol. II. Milano, 1894.

chologique. Par exemple, dans un Mémoire peu connu, mais qui a bien ses mérites pour l'époque, sur les troubles de la volonté [1], on lit le passage suivant : « Les mouvements *réflexes* sont si distincts des mouvements volontaires, qu'ils paraissent n'avoir ensemble aucun rapport ; et cependant, les uns et les autres se composent de la succession d'un phénomène de la sensibilité et d'un phénomène de la contractilité ; au fond l'irrésistibilité de la réaction, voilà le trait le plus distinctif des actes réflexes involontaires. Leur attribuer, pour cette raison, un principe particulier d'activité obligerait d'en imaginer autant qu'il y a de degrés dans nos sensations, dans nos sentiments, de nuances dans nos idées ; ce serait abuser de l'hypothèse. Sentir et réagir, telle est la véritable formule de l'activité ; elle s'applique aux actes mêmes de la pensée. » Il serait difficile de mieux dire, même aujourd'hui, On peut donc regarder la volition soit comme un réflexe évolutif d'ordre supérieur, perfectionné, manifestation la plus haute de cette tendance qu'ont les réflexes chez l'homme à devenir de plus en plus corticaux, ainsi que dit Crocq [2], soit comme la domination par le *moi* de la tendance innée au réflexe automatique.

Dans les deux hypothèses, au fond identiques, la

1. Mandon, *Histoire critique de la folie instantanée, temporaire, instinctive*, etc., ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux. Paris, J.-B. Baillière, 1862.

2. J. Crocq, *Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture*. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes, Limoges, 1901.

volition normale reste toujours le complexus le plus éloigné du réflexe simple, élémentaire, et la volition anormale une tendance au retour vers ce réflexe originel.

Peut-être, en l'état actuel des choses et devant la difficulté vraiment grande de ne voir dans les processus cérébraux interposés entre les courants incitateur et réactionnel — conscience, réflexion, jugement, détermination — que de simples éléments d'un réflexe, si élevé soit-il dans la hiérarchie, vaut-il mieux les envisager comme des attributs psychiques supérieurs non seulement étrangers, mais même opposés fonctionnellement au réflexe proprement dit.

Toute la théorie de l'activité se trouve dès lors ramenée aux propositions suivantes : la tendance au réflexe est le principe même et la loi de l'action nerveuse. — Le réflexe type, pur, est le réflexe simple, automatique. — Au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale et, chez l'homme, de l'enfant à l'adulte, de l'inférieur au supérieur, de nouveaux attributs se fondent, qui ont pour effet de coordonner, d'actionner ou d'empêcher cette tendance au réflexe direct, de transformer en un mot une force aveugle et fatale en un processus conscient, réfléchi, jugé, déterminé, l'opposé, par conséquent, du réflexe.

La supériorité d'un animal sur un autre, de l'homme sur l'homme, pourra donc se mesurer au degré de son pouvoir psychique sur la tendance innée au réflexe. Et l'équilibre résidera en une sorte de *tonus volontaire,* c'est-à-dire dans la régulation harmonique par le moi de l'instinctive réflectivité.

Ces explications psycho-physiologiques relatives à l'activité volontaire, bien qu'un peu longues peut-être, nous ont paru nécessaires au début de ce travail. Nous pouvons maintenant, semble-t-il, nous rendre un compte plus exact de ce qu'est l'impulsion et en aborder plus fructueusement l'étude.

IV. — *Valeur et portée nosologiques du terme impulsion.*

Après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre ce qu'est l'impulsion. L'impulsion est la tendance même au réflexe. Cette tendance et, par suite, l'impulsion est donc, de sa nature, physiologique et elle reste telle tant que, par sa subordination au moi ou, si l'on veut, aux centres corticaux, persiste intact le tonus volontaire. Mais dès l'instant où l'équilibre est rompu en sa faveur, l'impulsion devient pathologique.

Il y a donc, comme l'a toujours admis le langage courant, et comme l'admettent aussi nombre de savants, des impulsions normales et des impulsions morbides, celles-ci consistant dans la rupture du tonus volontaire avec tendance au retour vers le réflexe originel. « L'impulsion qui traduit l'obsession n'est, physiologiquement comme pathologiquement, qu'un réflexe. Normale, elle traduit l'équilibre psychique, reflet de l'équilibre affectif, qui n'est lui-même qu'une synthèse d'équilibres ; morbide, elle est la preuve du déséquilibre de l'individu. Normale, elle implique des rapports réguliers de l'activité interne

et externe ; morbide, elle proclame la désharmonie de l'être et du milieu [1]. »

Envisagée de la sorte, la conception de l'impulsion devient claire et toutes ses particularités se comprennent aisément.

Ainsi l'impulsion sera constitutionnelle ou accidentelle, suivant que la propension à l'automatisme sera elle-même innée ou acquise, suivant que le tonus volontaire n'aura pu arriver à s'organiser ou, après son développement, se sera altéré ou affaibli. De même, le degré de la tendance au réflexe à s'imposer marquera le degré de l'impulsion morbide. Si bien que l'impulsion type, absolue, maxima, sera représentée par le réflexe spinal direct ou purement moteur, et l'impulsion la plus légère ou minima par l'obsession impulsive, dans laquelle la tendance au réflexe et les processus du moi se tiennent réciproquement en échec.

Il suit de là que le cadre de l'impulsion morbide ne doit pas être limité, ainsi que cela a lieu souvent, à l'impulsion consciente et obsédante, mais doit être étendu à tout l'ensemble des propensions pathologiques de l'activité volontaire vers le réflexe : depuis l'impulsion aveugle et automatique, qui en constitue la manifestation extrême, jusqu'à l'obsession impulsive qui représente sa forme la plus atténuée, en passant par la gamme, à transitions insensibles, de leurs nombreux intermédiaires.

Un autre point préliminaire à élucider est celui de

1. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*, Bruxelles et Paris, 1895.

savoir si le mot impulsion, en nosologie, doit s'appliquer à la sollicitation motrice involontaire vers un acte, à cet acte lui-même, ou indifféremment à l'un et à l'autre.

Ces diverses manières de voir ont chacune leurs défenseurs. Voici quelques citations qui en sont la preuve.

« Sous le nom d'impulsions irrésistibles, on désigne des mouvements instinctifs qui, en dehors de toute idée délirante et souvent malgré l'intervention de la volonté, poussent un individu à commettre un acte répréhensible dont il apprécie toute la portée » (Marcé. Traité des maladies mentales).

« L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher » (Magnan. Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. G. Carrier, thèse de Paris, 1899).

« L'impulsion irrésistible consiste en un besoin impérieux, que le malade ne peut ordinairement surmonter, d'accomplir un acte généralement nocif » (Max Simon. Crimes et délits des aliénés).

« D'une manière générale, l'impulsion est un phénomène dans lequel l'individu est entraîné irrésistiblement, malgré lui, à commettre un acte » (Parant. Impulsions des épileptiques, 1895).

« L'impulsion morbide est une tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte » (Régis. Manuel de médecine mentale).

« L'impulsion est à l'obsession ce qu'une *crise de besoin* est à *l'état de besoin*.

« L'impulsion consciente est une sollicitation mo-

trice à base émotive, vers un acte appétitif que n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin suivie d'un apaisement immédiat en lequel se dénoue l'accès » (GARNIER. Obsessions et impulsions sexuelles. Congrès international, 1900).

« Les impulsions irrésistibles sont des déterminations accidentelles à l'accomplissement de certains actes singuliers ou répréhensibles que le malade exécute en dehors de toute idée délirante et dont il apprécie toute la portée, avant ou du moins après l'événement, sans que sa volonté soit assez puissante pour l'en détourner » (ROBIN et LITTRÉ. Dictionnaire de médecine).

« L'impulsion est un mouvement de l'âme en vertu duquel nous sommes portés à des déterminations brusques, instantanées, à des actes non réfléchis », dominés à l'état physiologique, irrésistibles à l'état pathologique (DAGONET. Traité des maladies mentales).

« Les dispraxies impulsives ne sont, pour nous, que des modes déterminés de sentir et de réagir ; elles consistent, par suite, dans l'exécution de tendances particulières, rendues plus fortes et plus fortement émotives, c'est-à-dire isolées dans la désintégration de la personnalité » (MORSELLI. Manuale di semejotica, vol. II).

« L'impulsion morbide n'est donc que le dernier acte d'une sorte de drame cérébral qui débute par l'obsession et se continue par l'idée fixe ». (DALLEMAGNE. Pathologie de la volonté).

« Tout acte consciemment accompli, qui n'a pu être inhibé par un effort de la volonté, est dû à une impulsion » (Legrain. Art. Dipsomanie du Dictionnaire médico-psychologique de Hack-Tuke. Krafft-Ebing. Obsessions et impulsions sexuelles. Congrès international, 1900).

« L'impulsion pathologique est un syndrome morbide caractérisé par une action ou une série d'actions accomplies par un sujet lucide et conscient, sans l'intervention et malgré l'intervention de la volonté, dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses » (Magnan et Legrain. Les dégénérés).

Il résulte, on le voit, de l'ensemble de ces définitions que la valeur et la portée nosologiques du mot impulsion ne sont rien moins que fixées, et qu'on ne sait exactement, en fin de compte, si ce mot caractérise les tendances irrésistibles à des actes, ces actes eux-mêmes ou, en fait de tendances, celles seulement *suivies* d'actes, ou aussi celles susceptibles d'être, coûte que coûte, enrayées.

Ce dernier point a cependant une grande importance en l'espèce, car il est nécessaire de préciser si, oui ou non, une propension impérieuse s'imposant à la volonté n'est une impulsion que si elle aboutit fatalement à l'acte.

C'est la thèse soutenue en particulier par M. Bourdin. « Si, dit cet auteur, l'impulsion n'est que la force qui pousse à un acte *non exécuté*, que la *tendance* à cet acte, on tombe facilement dans le dilemne suivant : ou cette force n'a rien produit à sa suite et n'a laissé aucune trace de son passage dans

le cerveau, a été inconsciente en un mot — ce qui est inadmissible, car cela revient à nier absolument la présence du phénomène, qui ne se serait traduit par rien de subjectif ou d'objectif — ou elle a été consciente mais sans effet sensible, palpable, pour ainsi dire et elle ne saurait être alors qu'une obsession. Pour qu'il y ait impulsion, il faut donc de toute nécessité que l'acte soit accompli, et alors on dira que tel individu a été victime d'une impulsion, *parce que* ou *puisque* il a accompli un acte non prémédité par lui, non consenti par son libre arbitre. L'impulsion évidemment n'est pas l'acte ; elle est un phénomène tout psychique, mais elle n'a de raison d'être que par l'acte qu'elle a engendré[1] ».

Tel n'est pas notre avis, et nous sommes à cet égard de l'opinion de A. Linas, lorsqu'il dit que l'impulsion n'est pas toujours et fatalement irrésistible et que quelques malades parviennent à la dompter[2]. Pour nous, l'exécution de l'acte n'est pas indispensable à l'existence du syndrome et l'impulsion n'en est pas moins une impulsion, qu'elle soit ou non suivie d'effet.

Si nous en revenons à la comparaison qui nous a jusqu'ici servi de base, nous voyons que le réflexe, processus nerveux, peut exister sans production du mouvement terminal. Lorsque, par exemple, nous percutons le tendon rotulien d'un individu, il se pro-

1. Bourdin, *De l'impulsion, sa définition, ses formes et sa valeur psychologiques*. Ann. méd.-psychol., mars-avril 1896.

2. A. Linas, Art. Monomanie du Dict. encyclop. des sciences médicales, 1876.

duit un courant centripète excitateur, suivi d'un courant centrifuge moteur. Mais, par une intervention volontaire et au moyen d'une attitude spéciale, le sujet peut annihiler la brusque extension de la jambe, c'est-à-dire le mouvement. Le phénomène du réflexe, bien qu'arrêté dans sa manifestation ultime, n'en a pas moins eu lieu. Il en est exactement de même dans beaucoup d'obsessions impulsives, où, au prix d'une lutte et d'un effort plus ou moins intenses, l'acte final peut être évité. Il n'y en a pas moins eu processus d'impulsion.

V. — *Définition de l'impulsion et de ses dérivés.*

En résumé, et pour fixer dans ses divers éléments la terminologie du sujet nous dirons que :

L'*Impulsion morbide* est, dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe ;

L'*impulse* ou *acte impulsif*, l'aboutissant — non fatal et non constant — de l'impulsion ;

L'*impulsif*, le malade sujet à des impulsions ;

L'*impulsivité* enfin, la disposition plus ou moins accentuée aux impulsions.

Telle est, dans son essence, la conception de l'impulsion qui nous paraît à la fois la plus rationnelle et la plus conforme aux faits. Nous allons maintenant entrer dans l'étude nosologique du phénomène et nous résumerons successivement de façon très brève, car nous ne pouvons faire ici qu'un exposé sommaire, les points principaux de cette étude. Dans le

chapitre suivant nous passerons en revue : *les caractères généraux des impulsions morbides. — Les types ou degrés psycho-pathologiques des impulsions. — Les formes cliniques des impulsions. — La non-existence des monomanies impulsives. — Les impulsions dans les divers états psychopathiques,* Dans le dernier chapitre seront envisagés : *l'étiologie. — Le diagnostic. — La marche et durée. — Le pronostic. — Le traitement. — La médecine légale des impulsions.*

CHAPITRE II

I. Caractères généraux des impulsions. — II. Types ou degrés psychopathologiques des impulsions. — III. Formes cliniques des impulsions. — IV. Non-existence des monomanies impulsives. — V. Les impulsions dans les principaux états psychopathiques.

I. — *Caractères généraux des impulsions.*

Morselli, dans le second volume, paru il y a quelques années, de son remarquable Manuel de séméiotique des maladies mentales, est le seul auteur, à notre connaissance, qui ait traité avec quelques détails la symptomatologie générale des impulsions, qu'il décrit sous le nom de *disprassies* partielles ou troubles particuliers de l'activité (de πράσσω, je fais, j'opère, je conduis à terme). C'est de ce travail que nous nous inspirerons donc surtout ici.

Les impulsions se distinguent généralement, pour Morselli, par les caractères suivants : 1° elles sont *endogènes*, c'est-à-dire dérivées de motifs exclusivement internes ; 2° elles sont *fortes*, impérieuses, d'où leur immission violente et subite dans la voie de la décharge motrice ; 3° elles sont *aberrantes*, c'est-à-dire contrastant avec le caractère de l'individu et avec les exigences de la vie sociale en commun ; 4° elles sont le plus souvent *conscientes* et *involontaires*, en

d'autres termes représentées à la conscience avec plus ou moins de précision, mais impossibles à inhiber ; elles peuvent même être entièrement *inconscientes* et naturellement *involontaires*.

Quand, dit Morselli, un acte est accompli avec cette séméiologie caractéristique, qu'il existe ou non une folie confirmée, nous devons l'appeler un acte impulsif morbide.

Endogenèse. — Nos tendances, au point de vue psycho-physiologique, sont, comme on sait, de trois ordres : 1° les *actes instinctifs*, mouvements spontanés organisés depuis longtemps dans l'espèce et héréditaires chez l'individu, tendant à s'actualiser par les voies nerveuses centrifuges et les appareils musculaires, en suite d'une stimulation interne ; 2° les *actes automatiques,* résultat des habitudes acquises chez l'individu et organisés en lui, tendant à s'exécuter mécaniquement sous l'influence de sollicitations également internes ; 3° les *actes volontaires,* répondant à des excitations nouvelles ou insolites provenant de l'intérieur (émotions, images, idées) ou de l'extérieur (impressions sensorielles) et tendant à s'effectuer en se représentant à la conscience associés avec les images musculaires de leurs mouvements antagonistes.

Les impulsions, dans les maladies mentales, reconnaissent exactement les mêmes origines. Elles émanent, en effet, d'une exaltation ou d'une perversion soit des besoins primordiaux de l'organisme, soit des habitudes automatiques, soit enfin des phénomènes de l'émotivité ou de l'intellectualité. C'est même ce qui a conduit beaucoup d'auteurs à classer les impul-

sions en impulsions *instinctives, automatiques, émotives* et *intellectuelles*.

Dans tous les cas et sauf peut-être lorsqu'elles sont dues à certaines aberrations sensorielles particulières, les impulsions sont de cause interne.

Incoercibilité. — La force et l'incoercibilité des impulsions dépendent de plusieurs facteurs, en particulier : de leur autonomie dans la vie mentale de l'individu ; de l'absence ou de l'inefficacité des tendances antagonistes ; de leur réitération ; de l'intensité de leur accompagnement émotif ; de leur contenu même, c'est-à-dire de la nature du mouvement ou acte qui est représenté à l'esprit.

Dans beaucoup de cas, notamment dans les impulsions hallucinatoires, comme dans celles de l'épilepsie, de l'hystérie, de la manie, de la mélancolie anxieuse, de la stupeur, de la psychose catatonique, de la paralysie générale, de la démence même, la puissance de la propension impulsive est le plus souvent telle qu'elle s'accomplit par une véritable nécessité mécanique. Les malades sentent très bien, dans les impulsions conscientes, cette irrésistibilité qui les entraîne et, dans les impulsions inconscientes, ils la traduisent, revenus à eux, par leur attitude caractéristique de stupéfaction et de douleur.

Aberrance. — Les impulsions, pas plus que les idées délirantes, ne sont pas toujours par elles-mêmes absurdes. Elles sont simplement, comme dit Morselli, *aberrantes*, c'est-à-dire soit en désaccord avec les conditions psychiques normales de l'individu et avec ses besoins, soit en opposition avec les idées et les intérêts de la société. Telles les impulsions aux jurements,

aux blasphèmes, aux sacrilèges chez les sujets essentiellement religieux, les impulsions aux anomalies sexuelles chez les chastes, au vol chez les scrupuleux, à l'infanticide chez les mères qui adorent leurs enfants. Il y a là divergence et souvent contraste avec les sentiments et les penchants naturels du malade.

Conscience. — Relativement à leurs rapports avec la *conscience,* les impulsions peuvent se présenter sous différents états :

1° Le malade n'a aucune conscience de l'acte au moment où il l'accomplit, et il n'en garde, après, aucun souvenir. Ces impulsions, essentiellement caractérisées par une inconscience et une amnésie absolues, appartiennent surtout, comme nous le verrons plus loin, à l'épilepsie ;

2° Le malade a une conscience obscure de l'acte au moment où il l'accomplit, mais il ne peut en aucune façon l'inhiber.

Il s'agit là surtout des impulsions subconscientes, par lesquelles peut se décharger à l'improviste la tension nerveuse dans les psychopathies caractérisées par un état *convulsivo-tonique* des centres psycho-moteurs ou par un arrêt inhibitoire des mouvements (mélancolie anxieuse, stupeur, catatonie). Dans ces cas, l'impulsion a lieu, bien que perçue dans le vague ou l'inertie de la pensée, et, le plus souvent, sans prodromes. Parfois cependant, il se produit quelques signes précurseurs susceptibles d'éveiller l'attention : contraction du visage, fixité du regard, dilatation des pupilles, rougeur ou pâleur subites, palpitations, suffocation, spasmes et mouvements musculaires divers. A ces impulsions subconscientes appartiennent

aussi les explosions automatiques des psychopathies à excitation motrice (manie, confusion sensorielle, délire alcoolique, délire infectieux et toxique, paralysie générale exaltée, épisodes impulsifs de la paranoia) ;

3° Le malade est conscient de l'acte en lui-même, mais il n'a pas la conscience de son caractère morbide. Cette catégorie comprend presque tous les actes impulsifs accomplis par les aliénés sous l'influence de leurs illusions, hallucinations, idées délirantes, jugements erronés, perversions affectives. Ils savent parfaitement ce qu'ils ont fait, mais ils croient avoir agi comme ils le devaient et dans la plénitude de leur droit ;

4° Le malade est conscient et de son acte et de son caractère morbide, mais il ne lutte pas pour l'inhiber, n'ayant point conscience de son inconvenance, de son immoralité ou de sa délictuosité.

Il s'agit là des impulsions de certains dégénérés héréditaires (fous raisonnants, fous moraux, hystériques) qui, avec une lucidité parfaite, sont poussés à commettre des actes étranges, anormaux, dangereux ;

5° Le malade a la pleine conscience de son acte et de son caractère morbide et il lutte péniblement en vue de l'inhiber.

C'est le propre de l'obsession impulsive avec sa résistance angoissante contre la propension qui cherche à s'imposer.

Ces divers attributs, pris dans leur ensemble, caractérisent en effet, comme le dit Morselli, l'impulsion et les actes impulsifs. Et ils nous paraissent à peu près complets, à condition d'insister davantage sur la

rapidité habituelle du processus impulsif, parfois presque foudroyant ; sur la *répétition* fréquente de l'impulsion sous la même forme, par paroxysmes ou par accès ; enfin, sur le manque de parallélisme pouvant exister entre le *degré d'inconscience* et le *degré d'amnésie* dans une impulsion. Dans les états seconds, par exemple, au moment où un acte impulsif s'exécute, le sujet peut en avoir parfaitement conscience, et peut même, dans une certaine mesure, résister. Cependant, revenu à lui, il ne conserve aucun souvenir, le plus souvent, de ce qui s'est passé.

En résumé, envisagées au point de vue de leur symptomatologie générale, les impulsions sont habituellement : *endogènes ; involontaires ; rapides ; violentes ; aberrantes ; conscientes, subconscientes* ou *inconscientes ; mnésiques* ou *amnésiques ; isolées* ou *répétées,* irrégulièrement ou par accès.

II. — *Types ou degrés psycho-pathologiques des impulsions.*

Les nombreux caractères que nous venons d'énumérer sont loin d'avoir la même valeur. Celui qui les domine tous, à n'en pas douter, car il constitue l'essence même de l'impulsion, c'est le caractère *involontaire* ou de *contrainte,* c'est-à-dire celui qui tend à soustraire la sollicitation initiale aux processus cérébraux d'inhibition pour l'actualiser sous forme de pur réflexe.

C'est pourquoi nous pensons que le meilleur moyen de diviser les impulsions et de les classer à leur rang dans l'échelle psycho-pathologique, entre

la décharge motrice spontanée et la volition normale, c'est de prendre pour base cet élément fondamental et non comme on l'a surtout fait jusqu'ici, leur degré de conscience ou d'inconscience (FOVILLE[1], SOLLIER)[2], ou leur prépondérance dans l'une des sphères intellectuelle, émotive, automatique ou instinctive (HAMMOND[3], KRAEPELIN[4]).

Nous admettons donc trois types ou catégories d'impulsions :

1° *Les impulsions motrices pures* ou à réflexe direct, dans lesquelles l'acte suit immédiatement et fatalement la stimulation, sans aucune action inhibitoire intermédiaire ;

2° *Les impulsions psycho-motrices* ou à réflexe retardé, dans lesquelles l'acte suit fatalement mais non toujours immédiatement la stimulation, avec intermédiaire émotif ou même idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition ;

3° *Les impulsions psychiques* ou à réflexe interrompu, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse.

1° L'impulsion purement *motrice* est un réflexe réduit à sa plus simple expression. « C'est une vraie

1. A. FOVILLE, Art. Folie instinctive ou folie des actes du Dictionnaire Jaccoud.

3. SOLLIER, *Guide pratique des maladies mentales*, Paris, 1893.

3. HAMMOND, *A treatise on insanity in its medical relations*, New-York, 1883.

4. KRAEPELIN, *Psychiatrie*. Sechste Auflage, Leipzig, 1899.

convulsion, qui ne diffère de la convulsion ordinaire que parce qu'elle consiste en mouvements associés et combinés en vue d'un résultat déterminé étranger à la vie du malade » (A. FOVILLE). « Ici le phénomène se présente avec l'allure quasi-automatique. Il n'accuse ni réflexion, ni travail d'élaboration ; on dirait que l'influx causal a traversé les territoires de l'écorce, se soit trouvé canalisé en des voies très fixes, rigides, ainsi qu'on représente les circuits médullaires... La même cause éveille toujours le même réflexe ; chaquè recommencement est une réédition... Les seules variations ne sont guère que des variations d'intensité en rapport avec les fluctuations de l'excitation, et par là encore, la volition se rapproche du réflexe dont elle rappelle même les lois ; cette proportionnalité entre l'action et la réaction doit résulter probablement des facultés inhibitrices » (DALLEMAGNE).

Le type de ce genre d'impulsions est celle de l'idiot, de l'imbécile, de l'épileptique qui, sous l'influence d'une sollicitation soit interne, soit externe, sensorielle, hallucinatoire, délirante, émotive ou instinctive, exécutent aussitôt, comme mus par un ressort qui se détend ou dans une sorte de déclanchement automatique, l'acte en rapport avec cette sollicitation sans qu'interviennent ni réflexion, ni jugement, ni compréhension, souvent même sans émotion, conscience, ni souvenir.

2° Les *impulsions psycho-motrices* diffèrent des précédentes en ce qu'elles répondent à un circuit moins simple, moins direct, moins rapide, empruntant des voies déjà plus longues et s'accompagnant d'un processus idéo-émotif.

Ici, en effet, la sollicitation à l'acte, si elle aboutit toujours à son exécution, n'en comporte pas moins, à un degré plus ou moins marqué, en même temps que la conscience et le souvenir, l'idée et l'émotion de cet acte, ainsi que la notion de ses conséquences possibles. Seules font défaut les opérations conatives, efficientes, celles qui se résument, en fin de compte, dans le pouvoir d'inhibition. Ce pouvoir n'existant pas ou n'existant plus, il n'y a même pas essai de lutte, et l'acte, bien qu'apprécié, est fatalement accepté et exécuté.

Cette variété d'impulsions est représentée par les réactions excentriques, violentes, destructives de certains dégénérés, surtout psychasthéniques, des hystériques, des épileptiques en dehors des accès, des maniaques agités.

L'un de nous voyait, il y a peu de temps, dans son cabinet, une jeune fille de 18 ans, dégénérée, fille d'un grand alcoolique mort à 40 ans d'accidents cérébraux, et qui présente de la façon la plus typique ce genre d'impulsions. De temps à autre, une ou deux fois par semaine, elle est prise tout d'un coup, sans prodromes, d'une crise impulsive dont nous avons pu un jour être le témoin. Elle se précipite sur un de ses parents, l'œil en feu, animée, surexcitée, violente, saisit une pièce de ses vêtements et la déchire. Cela fait, elle se laisse aller à terre, et, toute attristée, se met à pleurer. Son chagrin d'avoir dû céder à son emportement est tel qu'elle s'enferme dans sa chambre, se couche, ne veut voir personne et reste ainsi sombre et concentrée pendant quelquefois dix ou quinze jours.

La conscience et le souvenir sont absolus et l'appréciation de l'acte parfaite. Il n'y a ni obsession, ni lutte d'aucune sorte. La malade n'essaie même pas de résister. Elle subit comme passivement, bien que malgré elle, la force qui la pousse en avant.

3° Les *impulsions psychiques* représentent le degré le plus atténué de l'impulsivité, celui où la tendance au réflexe est combattue, souvent victorieusement, par le pouvoir d'inhibition. Ball les appelait déjà fort justement des *impulsions intellectuelles* [1].

Ce qui caractérise donc cette impulsion, ce qui en fait l'intérêt psychologique et clinique, c'est ce conflit de forces opposées dont le champ cérébral est le théâtre, c'est la lutte anxieuse, indécise entre le pouvoir d'inhibition, plus ou moins affaibli, et la sollicitation anormale vers le réflexe.

Ici, les caractères constitutifs de l'impulsion existent encore, mais ils se rapprochent déjà de ceux de la volition physiologique, notamment au point de vue de la durée, quelquefois fort longue, du processus qui contraste avec l'instantanéité de la décharge motrice automatique.

Ces impulsions ont pour type l'obsession impulsive, car l'obsession proprement dite ne devient une impulsion que lorsqu'elle passe de l'état statique à l'état dynamique, c'est-à-dire lorsqu'elle se manifeste par une tendance à un acte.

Les caractères de l'obsession impulsive ont été décrits dans la première partie de ce volume ; nous

1. B. Ball, *Des impulsions intellectuelles*. L'Encéphale, 1881, p. 26.

n'avons donc pas à y revenir. Rappelons seulement, avec M. MAGNAN, qu'ils se résument en : conscience lucide, lutte angoissante, irrésistibilité, émotivité, soulagement consécutif à l'accomplissement de l'acte. Mais il est bien entendu, une fois pour toutes pour nous, que cet accomplissement de l'acte n'est ni constant, ni fatal.

LINAS avait déjà décrit d'une façon saisissante la crise d'obsession impulsive :

« Ces accès éclatent rarement d'une manière brusque et soudaine. Ils sont ordinairement préparés par une période d'incubation plus ou moins longue, pendant laquelle l'idée fixe, qui deviendra plus tard impulsive, se présente à l'esprit d'une manière fugitive et vague, chassée par la raison, mais revenant par intervalle, avec une obstination toujours croissante qui commence à jeter le trouble et l'anxiété dans l'âme des malades. Ce trouble et cette anxiété augmentent et se traduisent par une impression de malaise et d'angoisse, des inquiétudes vagues, des appréhensions non motivées, des insomnies, un besoin naissant de se mouvoir, une sorte d'impuissance à fixer l'attention et à assembler les idées. Puis viennent les symptômes précurseurs de l'accès : une céphalalgie intense, un sentiment de vacuité, de pression ou de chaleur dans la tête, des bruits dans les oreilles, une anxiété précordiale extrême, une sensation de feu dévorant à l'épigastre ou dans la poitrine, des spasmes douloureux dans différentes parties du corps. C'est alors que la raison se trouble, et que l'idée impulsive prend possession de l'esprit des malades et s'impose à eux sous la forme d'une obses-

sion incessante. Ceux-là ont conscience de leur état, et comprennent leur triste situation ; ils ont horreur des mauvaises suggestions qui les assaillent, ils en sentent toute l'atrocité, ils en saisissent les affreuses conséquences, ils luttent énergiquement contre elles, ils font des efforts désespérés pour les conjurer ; ils fuient les lieux où elles se développent et où elles semblent s'accroître ; ils évitent toutes les occasions qui pourraient les faire succomber ; ils éloignent d'eux les objets, les instruments ou les armes dont ils pourraient se servir pour mal faire. Sentant leur impuissance contre les horribles suggestions auxquelles ils sont en butte, quelques-uns demandent avec instances qu'on les garotte ou qu'on les enferme, afin de les mettre dans l'impossibilité de nuire. La résistance est plus ou moins vive et plus ou moins prolongée, suivant la violence ou l'opiniâtreté de l'impulsion. Quelques malades parviennent à repousser ces terribles assauts ; mais chez la plupart, la raison impuissante ou affaiblie succombe dans cette lutte inégale et acharnée. Cet ensemble de phénomènes, avec l'acte impulsif auquel ils aboutissent, ne peut être considéré que comme la crise d'un trouble mental particulier qui durait depuis plus ou moins de temps. Et ce qui vient corroborer cette manière de voir, c'est qu'une fois l'acte consommé, il s'opère, dans l'état de ces malheureux, une sorte de détente et de soulagement, comme si l'accomplissement de l'impulsion était le seul moyen pour eux de se débarrasser de tourments intolérables[1]. »

1. A. Linas, Loco citato.

III. — *Formes cliniques des impulsions.*

Les impulsions, envisagées au point de vue des manifestations par lesquelles elles se traduisent, sont innombrables, car elles peuvent avoir pour objet toute tendance à un acte, quel qu'il soit.

Il serait donc impossible, dans un travail qui est essentiellement une œuvre de synthèse, d'en donner une énumération et une description complètes. Nous nous contenterons d'indiquer ici celles qui se présentent le plus communément, et de résumer sommairement les principales d'entre elles.

A l'exemple de Morselli, nous pouvons grouper les impulsions d'après la nature des actes auxquels elles poussent et reconnaître :

1° Des impulsions à des gestes, tics, paroles, etc ;

2° Des impulsions à des actes ridicules et bouffons ;

3° Des impulsions à des actes stupides et extravagants ;

4° Des impulsions à des actes grossiers, répugnants ;

5° Des impulsions à des actes ambulatoires ;

6° Des impulsions à des actes d'appropriation et de vol ;

7° Des impulsions à des actes érotiques ;

8° Des impulsions à des actes de destruction ;

9° Des impulsions à des actes d'incendie ;

10° Des impulsions à des actes de violences contre soi-même ;

11° Des impulsions à des actes de violences contre les autres ;

12° Des impulsions à s'intoxiquer.

Les plus importantes de ces impulsions, en clinique et en médecine légale, sont celles qui se traduisent par des tendances au *suicide,* à l'*homicide,* au *vol,* à l'*incendie,* à la *boisson,* à la *fugue,* aux *actes sexuels.*

Impulsion au suicide. — Avant de parler du suicide proprement dit, il convient de mentionner les coups, blessures et mutilations auxquels se livrent souvent les aliénés contre eux-mêmes, sous l'influence d'un entraînement irrésistible. Tantôt il s'agit de violences inconscientes, exécutées dans un état complet d'égarement, tantôt de violences parfaitement appréciées, mais impossibles à réprimer. Parmi les premières sont celles des épileptiques, des hystériques, des maniaques en état de crise aiguë ; aux secondes appartiennent les auto-vulnérations des mélancoliques et des mystiques. On a remarqué depuis longtemps l'anesthésie physique et morale dont faisaient preuve la plupart des malades dans ces conditions et on en a vu se lacérer, se blesser de la façon la plus horrible sans paraître en souffrir. La mutilation des organes génitaux et celle de la langue sont les plus fréquentes en pareil cas. En se livrant à de tels actes, les aliénés obéissent soit à l'idée de se punir, de se purifier, d'être agréables à Dieu, soit à un besoin instinctif de se faire du mal, de décharger sur eux-mêmes la violence de leur agitation ou de leur fureur.

L'impulsion au suicide se manifeste dans les conditions et sous les formes les plus diverses. Parfois elle est subite, instantanée, aveugle, et le sujet exécute son acte en un instant, sans même l'avoir conçu et dans un état d'inconscience plus ou moins

complet. Cela a lieu dans l'épilepsie, dans la manie aiguë désordonnée, dans les délires toxiques et infectieux, dans les raptus paroxystiques de la lypémanie. D'autres fois, l'impulsion au suicide consiste en un entraînement lent, progressif et plus ou moins combattu par le malade, qui se rend un compte parfaitement exact de ce qui se passe en lui. C'est le fait des dégénérés, à tous les degrés, et particulièrement des dégénérés supérieurs, des déséquilibrés.

L'impulsion consciente au suicide, rapide ou lente, peut survenir non seulement dans les états avérés de psychopathie, mais encore sous l'influence des perturbations légères et passagères de l'équilibre mental produites par les processus physiologiques de la vie génitale (puberté, menstruation, grossesse, accouchement, âge critique), par les états passionnels, ou par les grandes émotions. Chez certains sujets particulièrement impressionnables, comme les femmes hystériques et les enfants nerveux, le moindre chagrin, la moindre contrariété suffisent parfois pour déterminer presque aussitôt une impulsion au meurtre de soi-même. Il en est de même de l'entraînement mutuel et de l'imitation, qui peuvent provoquer de véritables épidémies de suicide (suicide à deux, suicide collectif).

La catégorie la plus intéressante parmi les sujets atteints d'impulsion consciente au suicide est celle des héréditaires. On a remarqué en effet depuis longtemps que, dans certaines familles, le suicide se manifestait dans plusieurs générations successives et chez plusieurs de leurs membres, parfois exactement au même âge et dans les mêmes conditions. Dans

quelques-uns de ces cas, à l'action prépondérante de l'hérédité s'ajoute l'obsession qui hante les sujets qu'une fatalité inéluctable pèse sur eux et que, quoiqu'ils fassent, ils doivent finir par le suicide, exactement comme leur ascendant; c'est là, évidemment, ce qui achève de les y entraîner.

Impulsion à l'homicide. — L'impulsion aux violences sur les autres et à l'homicide se présente avec les mêmes caractères et, comme l'impulsion au suicide, comme toutes les formes d'impulsion, pourrait-on dire, elle répond à l'un des trois types psycho-pathologiques que nous avons adoptés : moteur, psychomoteur et psychique.

Dans le premier, les actes de violence et d'homicide sont perpétrés dans des conditions d'inconscience et d'amnésie absolues. Ils se distinguent par les caractères cliniques suivants : explosion instantanée, rapidité automatique, violence extrême, exécution sur des personnes inoffensives ou inconnues, emploi d'instruments et de moyens de mort quelconques, multiplicité inutile des coups, nombre excessif des victimes, invectives et acharnement contre les cadavres, etc. Le plus souvent ces actes sont sans motif, ou bien en rapport avec des hallucinations auditives impératives, des hallucinations visuelles terrifiantes, ou avec des souvenirs du passé, réveillés par l'accès (épilepsie convulsive ou larvée, alcoolisme aigu).

Les impulsions psycho-motrices aux violences et à l'homicide ressemblent aux précédentes en ce que, comme elles, elles sont accomplies sans lutte aucune; mais elles en diffèrent par l'existence habituelle d'une

cause ou d'un semblant de cause, par la présence de la conscience et du souvenir de l'action à un degré plus ou moins complet, enfin par une rapidité et une sauvagerie moindres dans l'exécution. On les rencontre dans les états d'excitation grave, où elles relèvent des tendances destructives et pantoclastiques qui y sont si marquées (manie aiguë, périodes maniaques de la folie circulaire, de la paralysie générale), ainsi que dans les états hallucinatoires intenses, entraînant à des actes automatiques de défense, de représailles et de vengeance (délires hystériques, délires alcooliques, surtout à forme jalouse). On peut les observer aussi, comme nous l'avons vu pour le suicide, soit chez des femmes plus ou moins transitoirement égarées par un état gynécologique (exemple : infanticide impulsif de certaines accouchées), soit chez des enfants manifestant des propensions au meurtre dès le plus bas âge[1].

Quant aux impulsions psychiques à l'homicide, elles ont tous les caractères des obsessions impulsives dont elles constituent le type le plus net et le plus grave. Nous n'avons pas à insister à nouveau sur ces caractères, déjà maintes fois signalés ; disons seulement que l'obsession homicide naît souvent à la suite d'un choc moral brusque, d'un assassinat célèbre, de la vue d'une exécution (Ladame) ; que l'angoisse est ici d'autant plus forte qu'il s'agit de l'acte le plus terrible, de celui qui cause le plus d'horreur au sujet ; que l'impulsion consiste dans

1. P. Moreau (de Tours), *Les homicides commis par les enfants*, Paris, 1882.

la sollicitation soit à frapper, à tuer les personnes les plus chères, enfants, époux, parents, frères, soit à commettre un meurtre quelconque, à voir et toucher le sang, à sentir le couteau s'enfoncer dans la chair, etc. ; enfin, que cette obsession impulsive présente une infinité de nuances et de degrés et comprend depuis le simple phobique, hanté par la peur purement platonique de se livrer à un attentat contre un des siens, jusqu'à l'impulsif proprement dit qui, véritablement poussé, sent ses forces de résistance l'abandonner peu à peu et en arrive, vaincu, à l'exécution. Ces divers types ont été parfaitement mis en lumière par MM. Magnan et Ladame dans leurs rapports sur l'obsession homicide au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles. Ladame insiste, notamment, sur la distinction des obsessions homicides en *obsessions théoriques*, qui n'aboutissent pas à l'acte homicide, et obsessions impulsives proprement dites qui sont suivies de meurtre ou de tentatives de meurtre. Ainsi que nous l'avons déjà dit dans la première partie de cet ouvrage, il est rare dans ce dernier cas qu'il s'agisse d'obsession pure : le plus souvent il s'y joint un facteur d'aggravation tel que dégénérescence marquée, alcoolisme, épilepsie, etc.

Voici, résumés, quelques faits qui marquent cette transition progressive :

Observation I. — A..., 37 ans, mécanicien. Père vivant, 67 ans, impressionnable. Mère vivante, 60 ans, nerveuse. Il est l'aîné de 6 enfants : deux sœurs dont une nerveuse, et quatre frères dont un excentrique, original,

et un autre exalté. Jamais de graves maladies. Très impressionnable, pleure facilement, éprouve de l'angoisse et de l'oppression, ainsi que des sensations de vide crânien. Rêves professionnels,

A... est obsédé depuis déjà plus d'un an par la crainte d'en arriver à tuer sa femme. C'est comme s'il avait quelqu'un derrière lui qui lui soufflerait constamment l'idée de cet acte et l'y pousserait.

Cette obsession est d'autant plus douloureuse qu'il adore sa femme. Aussi en a-t-il honte et lutte-t-il contre elle de toutes ses forces. Sa torture est inexprimable.

Afin d'échapper à son tourment, il s'acharne au travail, car le travail le distrait. Il fuit la vue de tout ce qui pourrait servir à tuer, particulièrement des couteaux, et n'en veut pas sur la table. Il en avait un dans sa poche qu'il a jeté dans la rivière parce que, lorsqu'il l'y sentait ou le touchait, son angoisse et sa peur de céder devenaient affreuses. Il ne peut même pas supporter la lecture des faits divers relatant des crimes. Il est allé, un jour que son obsession le poursuivait et pour la chasser à toute force, jusqu'à se laisser tomber, en travaillant, d'une certaine hauteur la tête la première sur le pavé, espérant, dit-il, « qu'un mal pourrait en enlever un autre ». Il a même pensé à se jeter dans la rivière non pour se noyer, mais pour essayer de chasser l'idée à la faveur de ce shock révulsif.

Chose remarquable et contrairement à ce qui se passe d'habitude en pareil cas, la vue de sa femme, à laquelle il a fait part de son obsession, le calme; c'est surtout loin d'elle qu'il est pris de ses crises d'anxiété.

Il comprend très bien, lorsqu'il s'examine à fond, qu'il ne cédera jamais à l'horrible pensée qui le poursuit, mais il n'en souffre pas moins en se sentant envahi par elle malgré lui.

Observation II. — « Une femme de 30 ans, longtemps

en proie à la crainte de la rage et à la crainte d'être assassinée, est vivement émue par le crime de Pranzini, et depuis lors est poursuivie par l'idée des trois cadavres à gorge ouverte. Cette image vient à chaque instant à son esprit, et peu à peu elle est obsédée par l'idée de couper le cou à son mari et à son fils. Elle se débat, dit-elle, elle se raidit, s'insurge contre cette horreur, qui devient bientôt plus pressante. Elle est prise alors d'une angoisse inexprimable; elle suffoque, son cou est serré comme par une main de fer, ses yeux se troublent, son cœur bat avec violence. Elle résiste encore, mais sa main, qui parfois saisit malgré elle le couteau, s'abat avec force et le brise contre un meuble. Il y a alors un soulagement, une détente » (Magnan. L'obsession criminelle morbide. Congrès d'Anthrop, crim., Bruxelles, 1892).

Observation III. — «..... Pagez est atteint d'une prédisposition héréditaire; par suite de chagrins divers, il devient triste, recherche la solitude; il portait du reste la plus grande affection à sa famille.

C'est, dit-il, vers la fin de février que me vint l'idée de tuer mes enfants. Encore maître de moi je ne pouvais dormir, je sentais comme un poids sur l'estomac; j'avais des maux de tête, je ne mangeais plus, j'oubliais même le tabac à priser, qui m'était plus nécessaire que le pain. Cet état n'a fait que croître et me dominer. Il y avait quatre ou cinq mois que j'étais tourmenté par ces pensées, je sentais que j'étais poussé, j'avais toujours la même idée, j'essayais de me l'ôter, elle revenait toujours, la nuit comme le jour et au travail. Pendant trois nuits je me suis levé de mon lit pour tuer mes enfants. La première, je suis sorti dans ma cour pour tâcher de dissiper cette mauvaise pensée. Après une demi-heure, je rentre plus calme et je me couche. La seconde nuit, même sortie, puis je rentre allumer ma chandelle, je prends un rasoir qui était dans le meuble, je me promène de long

en large le rasoir à la main, regardant mes enfants ardemment : j'ai placé le rasoir dans le buffet, puis je suis allé soigner mes bestiaux. La troisième nuit, je suis sorti plusieurs fois et je suis rentré pour faire l'action, j'étais prêt... je suis rentré dans la chambre de mes enfants, tenant d'une main la chandelle, de l'autre la bêche... j'ai regardé si le fils était dans son lit, les rideaux étaient entr'ouverts, il n'y était pas. Ceux de mes filles étaient entr'ouverts aussi, j'ai bien vu qu'elles étaient dans leur lit ; je me suis approché, j'ai placé pour avoir plus de force le pied gauche sur la chaise qui était près du lit et j'ai frappé à coups redoublés sur leur tête. Elles dormaient, elles n'ont fait aucun mouvement, je ne sais combien j'ai porté de coups.

Avant le crime, je ne pensais qu'à le commettre et à m'enfuir ; après, je ne regardai pas même le cadavre, mais j'ai éprouvé un très grand soulagemeut qui a duré jusqu'à mon arrivée dans le bois. Alors je me suis senti faible, et je me suis écrié : « Je suis un homme perdu. » « Il fallait que cela se fît, et je n'ai pas pu m'empêcher de les tuer ! » (Payen. Rapport méd. leg. *Annales médico-psychol.*, 1862).

Observation IV.— «.... Depuis la fin de juillet, H... était obsédé par l'idée fixe de tuer une fille publique ; une fille publique et pas une autre femme. Cette idée s'était développée petit à petit, sans qu'il puisse préciser le moment où elle lui est venue pour la première fois. Il ne s'explique pas le pourquoi de cette idée, n'ayant jamais eu de sa vie à se plaindre d'aucune fille publique. D'ailleurs, il ne lui est arrivé que très rarement d'aller avec des filles publiques, il fréquentait surtout des bonnes, dont il faisait la connaissance en portant des rôtis en ville. Il n'a jamais été atteint d'aucune maladie vénérienne. D'abord, il a essayé de repousser l'idée homicide, mais tous ses efforts ont été inutiles, celle-ci s'est peu à peu complètement emparée de son

esprit, elle s'est implantée malgré lui dans son cerveau. Il avait envie de tuer une fille publique, mais sans réfléchir à la façon dont il la tuerait : il ne voyait pas par avance la scène du meurtre, il ne se figurait pas non plus y assister. Il souffrait horriblement : c'était, suivant son expression, « comme une névralgie au niveau des tempes ». Il lui arrivait quelquefois, auparavant, d'éprouver une douleur en ce point, comme un serrement, mais jamais aussi intense. La douleur n'était pas continue, mais revenait à intervalles rapprochés. Il ne pouvait même plus dormir. La vie était devenue insupportable. Dans ces conditions, il a pris le parti, pour en finir, de tuer une fille publique quelconque ; il a donc acheté un poignard à cette intention. Néanmoins, pendant quelques jours encore, il a pu résister ; tout le temps, il se faisait cette réflexion : « Si je suis pris, je serai condamné. » Enfin, le 4 août, n'y tenant plus, le soir vers neuf heures, après la fermeture de la rôtisserie où il était employé, il est sorti, bien résolu cette fois à tuer la première femme qui le raccrocherait. Il s'était armé d'un revolver chargé à six coups qu'il possédait depuis longtemps, et du poignard acheté quelques jours auparavant.

Il a descendu le boulevard Saint-Michel, puis il a suivi les boulevards Sébastopol, Saint-Martin, des Filles-du-Calvaire, toujours obsédé par la même idée, souvent arrêté par des filles publiques, mais résistant toujours. Ce n'est qu'arrivé au coin du boulevard Beaumarchais et de la rue Saint-Sabin qu'une fille l'ayant accosté et sollicité plus que les autres, il a fini par céder.

H... se rappelle très bien les péripéties du drame, il confirme les déclarations de sa victime. Avant de frapper, il était tourmenté, anxieux ; pendant qu'il donnait les coups, il éprouvait du plaisir, cela lui faisait du bien, toutefois il ne se souvient pas d'avoir prononcé les paroles que la femme lui prête : « Tais-toi, c'est fini. » Le

crime commis, subitement il s'est senti soulagé, il a poussé un soupir comme s'il était déchargé d'un grand poids. Quand le garçon d'hôtel est arrivé, tout d'un coup il s'est rendu compte de la gravité de ce qu'il venait de faire ; effrayé, il a remis son revolver dans sa poche, puis il a descendu rapidement l'escalier en criant : « Arrêtez, arrêtez. » Il ne sait pas pourquoi il criait ainsi, à ce moment, il avait un peu perdu la tête. Une fois dans la rue, il a recouvré un calme complet. Tranquillement il s'en est allé ; les gens de l'hôtel auraient pu facilement l'arrêter s'ils l'avaient voulu. Il est passé par la place de la Bastille, le boulevard de la Contrescarpe, le pont d'Austerlitz, les boulevards de l'Hôpital, Saint-Marcel et de Port-Royal. Il est rentré chez son patron et s'est immédiatement couché ; à peine au lit, il s'est endormi et a reposé paisiblement jusqu'au matin, lui qui, les jours précédents, ne pouvait trouver le sommeil.

Le lendemain, il s'est mis au travail comme d'habitude ; il se sentait à l'aise. Cet état de satisfaction a duré cinq ou six jours ; pendant ce laps de temps, il ne pensait nullement au meurtre qu'il avait tenté de commettre. Puis le remords est venu. Il se disait qu'il avait commis un crime ; il avait des regrets ; et tout de suite il a eu l'idée de se dénoncer. S'il ne l'a pas fait plus tôt, c'est qu'il songeait à ses parents, à la peine qu'ils allaient avoir en apprenant sa conduite ; cette pensée le retenait. Mais ça été plus fort que lui, il a été obligé de se dénoncer. Il n'a pas plus pu s'empêcher de se dénoncer, qu'il n'avait pu s'empêcher de frapper. Il souffrait d'avoir commis une mauvaise action, mais c'était une toute autre souffrance que celle qu'il éprouvait quand il était tourmenté par l'idée de tuer une fille publique ; avant la crise, c'était une souffrance physique ; après c'était une souffrance morale. H... explique très bien cette différence. Il n'a pas eu le courage d'aller se dénoncer lui-même, et

alors il a eu l'idée d'écrire au commissaire et de signer ses lettres d'un nom quelconque...

Conclusions. — 1° X... est un déséquilibré par voie d'hérédité morbide. Sa grand'mère paternelle et son père ont été atteints tous les deux de troubles cérébraux ;

2° X... après avoir eu, il y a deux ans, une obsession suicide, a été pris, au commencement du mois d'août dernier, d'une obsession homicide. C'est sous l'empire de cette obsession pathologique, de cette idée incoercible, de cette impulsion irrésistible, qu'il a commis la tentative d'homicide dont il est inculpé. Il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° X... doit être placé dans un asile d'aliénés.

Paris, le 7 novembre 1895.

Ch. Vallon.

Suivant les conclusions de mon rapport, M. le Juge d'instruction a rendu une ordonnance de non-lieu ; X.., mis à la disposition de l'autorité administrative, a été envoyé à Sainte-Anne et de là transféré dans mon service à l'asile de Villejuif[1].

Impulsion au vol (kleptomanie). — L'impulsion au vol ou kleptomanie se présente, comme toutes les impulsions, sous deux aspects absolument différents :

Dans l'un, elle est un symptôme, le plus souvent très évident, d'un état psychopathique grave consistant surtout dans la débilité, congénitale ou acquise, ou dans l'obnubilation passagère de l'intelligence. Les sujets volent sans pour ainsi dire savoir ce qu'ils font, sans s'en rendre compte, obéissant simplement

1. Vallon, *Obsession homicide*. Annales médico-psychologiques, janvier-février 1896.

à un désir éveillé subitement en eux. Ce sont là les vols généralement plus ou moins inconscients, stupides, amnésiques, et ne pouvant, par suite, prêter à la contestation, des dégénérés inférieurs, des déments, séniles ou paralytiques, des épileptiques.

Il n'en est pas de même des impulsions dites conscientes, au vol. Ici, le substratum pathologique est de beaucoup moins apparent et, quant à l'acte, il est loin de se distinguer toujours nettement du vol proprement dit. Il est même des cas de transition où le diagnostic est pour ainsi dire impossible, l'élément morbide ne s'alliant qu'en proportion secondaire à l'élément délictueux.

Les états où s'observent ces dernières variétés de kleptomanie sont les états névropathiques, épilepsie, hystérie, neurasthénie à forme obsédante, et les états supérieurs de dégénérescence, jusqu'à la simple déséquilibration.

Au point de vue de sa manifestation, cette impulsion a pour type ce qu'on désigne sous le nom de *vol à l'étalage* ou *vol dans les grands magasins.*

Nombre d'auteurs, depuis Lasègue[1] et Lunier[2], jusqu'à Lacassagne[3], ont écrit des pages intéressantes sur le vol à l'étalage. Tous s'accordent à noter le rôle éminemment fascinateur sur tous les

1. Lasègue, *Le vol aux étalages*. Société de médecine légale, 1879, et Archives générales de médecine, février 1880.

2. Lunier, *Des vols aux étalages*. Société de médecine légale, 1879 et Annales médico-psychologiques, 1880.

3. Lacassagne, *Les vols à l'étalage et dans les grands magasins*. Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896.

sujets, particulièrement sur les sujets nerveux et de volonté débile, des grands magasins, tels qu'ils existent aujourd'hui. Et tous ont fait, de façon exacte, la psychologie de ces petits drames, devenus des faits divers, qui commencent par des tentations et des convoitises repoussées et qui, après des défaillances progressives, aboutissent finalement à des capitulations plus ou moins fréquemment renouvelées.

Lasègue admettait deux catégories de voleurs à l'étalage :

« Parmi les voleuses surprises, disait-il, plus encore probablement parmi celles qui échappent à la surveillance, un certain nombre agissent avec la conscience exacte et par conséquent avec la responsabilité du larcin. Quand on les interroge, elles racontent qu'elles ont lutté d'abord, qu'elles sont revenues à la charge, qu'elles se sont aguerries à la pensée et à l'accomplissement du vol. Quand on fait une enquête, on constate que ce sont des femmes dont les ressources sont bien au-dessous de leurs goûts ou de leurs prétentions. Leur existence est semée d'aventures et tout ce qu'on accorde à titre d'atténuation, c'est qu'elles auraient peut-être été préservées si les séductions avaient été amoindries ou le délit plus périlleux. » C'est la catégorie condamnable.

Quant à la voleuse irresponsable, elle se reconnaît, pour Lasègue, aux traits suivants. « La femme arrêtée nantie de marchandises de valeurs diverses appartient à une famille dont l'honorabilité est hors de doute. Son passé comme son présent est irrépro-

chable ; ses besoins, ses fantaisies n'excèdent pas son avoir et se tiennent même dans les plus modestes limites ».

Legrand du Saulle, lui, distinguait parmi les vols dans les grands magasins, des actes *délictueux, demi-pathologiques* et *pathologiques*[1].

Et Lacassagne classe les voleurs de cette espèce en *collectionneurs, déséquilibrés* et *malades*.

Ces divisions, bien que judicieuses en principe, ne sauraient cependant concorder exactement, dans leur rigueur, avec les faits cliniques, si variés et si complexes.

Aussi convient-il, en pratique, pour se faire une idée aussi exacte que possible des vols à l'étalage, de tenir compte à la fois et de l'état de l'individu et de toutes les particularités relatives à l'acte lui-même, c'est-à-dire de l'objet et du sujet, comme Lasègue disait si bien.

De l'état du sujet, c'est-à-dire du substratum névropathique ou psychopathique sous-jacent, nous en avons déjà parlé.

Bornons-nous à rappeler avec Lunier et la plupart des auteurs que l'impulsion au vol s'observe dans toutes les affections et déviations mentales favorables à l'impulsivité, en raison d'une faiblesse ou d'une diminution de la résistance volitionnelle, et qu'on peut la rencontrer jusque chez des individus très intelligents, supérieurs même, mais sans doute quelque peu déséquilibrés, chez qui elle con-

1. Legrand du Saulle, *Des vols dans les grands magasins*. Société de médecine légale, 1879.

stitue une sorte de « manie » ou plutôt de « tic ». On a en effet cité plusieurs hommes célèbres qui, sous l'influence de ce qu'on appelait euphémiquement leur *distraction,* dérobaient régulièrement des objets d'art, des couverts d'argent, que leurs domestiques étaient chargés, après, de rapporter.

Disons aussi qu'en ce qui concerne les vols morbides à l'étalage, mais surtout les vols dans les grands magasins, c'est principalement à l'hystérie qu'on a affaire.

Sur 104 voleuses pathologiques ou demi-pathologiques interrogées par lui au Dépôt de la Préfecture de police, de 1868 à 1881, Legrand du Saulle a trouvé les catégories suivantes. Pour les vols pathologiques : 4 très faibles d'esprit, 9 hystériques aliénées, 2 démentes hémiplégiques, 5 démentes avec paralysie générale, 5 démentes séniles ; pour les vols demi-pathologiques : 35 hystériques de 15 à 24 ans, au moment de la période menstruelle, 6 hystériques de même âge en dehors de la période menstruelle, 24 filles ou femmes héréditairement prédisposées à l'aliénation mentale, avec manifestations hystériformes, 10 femmes à l'âge critique ou débilitées gravement à la suite de pertes utérines, enfin 5 femmes enceintes.

Le rôle prépondérant de l'hystérie dans les vols appelés par Legrand du Saulle demi-pathologiques ressort très nettement de cette statistique. Et ce rôle s'accuse surtout dans les cas où l'hystérie se trouve associée non pas seulement à la grossesse, pour y constituer les célèbres *envies,* mais à toutes les étapes de la vie génitale.

En ce qui concerne l'acte lui-même, il est nécessaire de constater dans quelles conditions d'obsession, d'irrésistibilité, de lutte, de conscience, comme aussi de préméditation, de prévoyance, d'habileté, d'utilité, il a été accompli.

Il faut aussi savoir et ce sont là dans l'espèce deux points importants, quelle est la nature de l'objet volé et à quel usage il est destiné.

Beaucoup de voleurs à l'étalage, de ceux tout au moins qui obéissent à une impulsion morbide, sont des collectionneurs, ou mieux des *collectionnistes*, bien étudiés par les auteurs italiens Mingazzini [1] et Sante de Sanctis [2]. Certains, parmi eux, s'emparent de toutes sortes d'objets, sans distinction, qu'ils entassent pêle-mêle dans leur maison, transformée ainsi peu à peu en véritable magasin de bric-à-brac. C'est le *polyklepto-collectionnisme* de Mingazzini. Plus curieux sont les *monoklepto-collectionnistes*. Ceux-ci ne sont attirés, tentés que par des objets d'un ordre déterminé. Tout le reste les laisse indifférents. Les uns ne volent que des porte-monnaies, les autres que des pipes, que des poupées, que des parapluies, que des pièces uniques de linge, d'étoffe, de vêtements, toujours les mêmes. Ils les enferment religieusement et ne s'en servent pas, à moins d'être mus par quelque mobile spécial,

1. Mingazzini, *Sul collezionismo nelle diverse forme psicopatiche*. Rivista sperimentale di freniatria, 1893, fasc. IV.

2. Sante de Sanctis, *Collezionismo e Impulsi collezionistici*. Bulletino della Societa lancisiana degli Ospedali di Roma, anno XVII, fasc. I, 1897.

comme ceux atteints de perversions sexuelles, que nous retrouverons plus loin[1].

Ce fait de dérober des objets toujours identiques, dont on n'a aucun besoin et dont on ne fait ultérieurement aucun usage, est évidemment l'indice habituel d'un état pathologique. Mais, comme le dit fort bien M. Paul Dubuisson, dans un travail actuellement en cours de publication[2], il n'y a point là un criterium absolu et on voit des individus, bibliophiles, philatélistes, ou amateurs d'objets d'art passionnés, mais non malades, se laisser aller à dérober, dans des circonstances même graves, l'objet de leur ardent désir. Ce sont ces cas, dont nous parlions tout à l'heure, qui sont comme une sorte de transition entre le délit consenti et l'impulsion, et où la responsabilité, sans être toujours entière, n'en est pas moins en grande partie conservée.

Par contre, le caractère utilitaire d'un vol, le fait de tirer parti de l'objet volé et de le vendre, ne suffit pas à lui seul pour enlever à un acte tout caractère morbide et il est des malades, surtout des dégénérés, capables de faire argent du produit d'un vol manifestement accompli sous l'empire d'un entraînement supérieur à leur volonté. Nous avons eu presque coup sur coup à examiner, dans ces dernières années, plusieurs dégénérés impulsifs qui, après

1. Weber. *Vol pour des motifs sexuels*. Soc. de méd. légale psychiatrique de Dresde, 27 février 1890.

2. Paul Dubuisson, *Les voleurs des grands magasins*, étude clinique et médico-légale. Archives de l'anthropologie criminelle, janvier et juillet 1901 (à suivre).

s'être appropriés ainsi maladivement une bicyclette, l'avaient ensuite revendue.

Impulsion à l'incendie (pyromanie). — Morselli dit que le fait d'allumer un incendie sans motif ou pour une cause réellement disproportionnée, et sans complice, est, par lui-même, significatif d'un état psychopathique. Il est certain que bon nombre d'incendiaires sont, à divers titres et à divers degrés, des aliénés. J. Baker, dans son intéressant article « Pyromanie » du Dictionnaire de Hack Tuke, signale que, dans l'espace de 22 ans (de 1864 à 1886), il est entré à l'asile de Broadmoor 103 individus qui avaient commis des incendies, dont 95 hommes et 8 femmes. La proportion des aliénés incendiaires vis-à-vis de l'ensemble des aliénés criminels était de 6,2 pour 100, dont 7,5 pour 100 pour les hommes et 2 pour 100 chez les femmes. Au point de vue de la forme morbide, on trouvait sur les 103 incendiaires : imbécillité congénitale, 36 (35 hommes, 1 femme) ; mélancolie, 21 (17 hommes, 4 femmes); démence, 10 (10 hommes) ; monomanie, 9 (8 hommes, 1 femme) ; manie chronique, 7 (6 hommes, 1 femme) ; paralysie générale, 6 (6 hommes) ; manie aigüe, habituellement alcoolique, 6 (5 hommes, 1 femme) ; épilepsie, 4 (4 hommes) ; manie récurrente, 4 (4 hommes).

Cette statistique est intéressante en ce qu'elle montre que, contrairement à ce qui existe pour la kleptomanie, la tendance pathologique à l'incendie est de beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme et que les états dans lesquels on la rencontre le plus souvent sont : l'imbécillité congéni-

tale, la mélancolie et la démence. Peut-être l'épilepsie mériterait-elle un rang supérieur à celui qu'elle occupe dans cette statistique.

Certains aliénés réitèrent leurs incendies, souvent de façon presque périodique. Il s'agit alors, à n'en pas douter, de dégénérés ou d'épileptiques. Motet, dans son magistral article *Pyromanie* du dictionnaire Jaccoud, dit à ce sujet : « On pourrait formuler avec certitude la proposition suivante. Toutes les fois qu'à la campagne, dans un village, dans une commune, des incendies se répètent à des intervalles rapprochés, c'est qu'il existe un garçon, une fille à développement intellectuel ou physique incomplet, idiot, imbécile ou épileptique; c'est sur cet infirme que doivent porter les soupçons [1] ».

Une autre particularité qui mérite également d'être relevée, c'est que beaucoup d'aliénés incendiaires, surtout parmi ceux qui appartiennent au groupe des déséquilibrés et dégénérés, sont jeunes. Il existe même une relation évidente entre les tendances incendiaires et la puberté, comme aussi avec la grossesse et l'état puerpéral. Le Dr Rousseau a spécialement insisté sur cette relation en l'appuyant sur des faits probants, entre autres les deux suivants [2].

Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui mit le feu, une fois dans une maison où elle travaillait comme apprentie, une seconde fois chez ses parents. L'intelligence de cette jeune fille sem-

1. Motet, Art. Pyromanie du Dictionnaire de Jaccoud, 1881.

2. Rousseau, *Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire.* Annales médico-psychologiques, novembre 1881.

blait ne présenter rien d'anormal, et cette malheureuse, cherchant à quel motif elle avait pu obéir, confessait que ce pouvait bien être à quelque idée de vengeance, de nature, du reste, assez puérile. Arrêtée et mise en prison, quelques bizarreries de sa conduite font bientôt douter de l'intégrité de son état mental et le Dr Rousseau est appelé à l'examiner. Frappé de la coïncidence de l'établissement du flux cataménial avec le premier incendie, du second incendie avec une époque menstruelle, l'expert ne tarde pas à découvrir que la jeune fille a été en proie, les jours qui ont précédé la première manifestation pubère, à des troubles de nature variée, anxiété, céphalalgie, insomnie, etc., bientôt accompagnés de chuchotements, puis de la perception de voix lui ordonnant d'allumer un incendie, avec un désir extrême d'accomplir cet acte. Pendant vingt-quatre heures, elle résiste à l'impulsion. Mais bientôt sa volonté est impuissante à soutenir la lutte, et elle met le feu le jour même où le plus important phénomène de l'évolution pubérale venait de se révéler. L'incendie allumé, l'angoisse et les hallucinations disparaissent. Mêmes phénomènes, même résistance impuissante lors du second incendie qui coïncide avec la troisième apparition du flux menstruel, la seconde s'étant passée sans incident d'aucune sorte.

Le second fait est très semblable au précédent. On y constate la même tendance de la malade à chercher, à accepter au moins, des motifs condamnables de son action, la même coïncidence des incendies avec les époques cataméniales, qui sont également accompagnées et précédées d'anxiété et d'accidents

maladifs de même sorte. L'acte commis, chez cette malade comme chez l'autre, les hallucinations disparaissaient et il se produisait une détente.

Toutes deux, internées à l'asile, après une poussée maniaque avec périodes de stupeur, guérirent complètement lorsque leur fonction menstruelle se fut définitivement établie avec son fonctionnement normal.

Morel a cité également[1] le cas d'une jeune fille qui avait passé aux assises pour avoir mis le feu et volé dans les églises. Cette jeune fille était en proie à de véritables impulsions ; rien ne motivait ni n'expliquait ses actes malfaisants. Elle se sentait poussée, comme elle disait, et agissait. Un jour, en sortant de la messe, elle avait, chez une de ses cousines, mis le feu aux rideaux du lit ; une autre fois, montant un escalier derrière une sœur à laquelle elle avait été confiée, elle enflamma une allumette pour brûler la robe de cette religieuse, etc. Séquestrée à Maréville, ses impulsions et son trouble moral persistèrent un certain temps ; puis, quand la puberté s'établit, l'amélioration se manifesta et la malade fut rendue à sa famille dans un état de santé excellent.

Dans les Landes, pays d'immenses forêts de pins, où les incendies dus à la malveillance sont fréquents et surviennent parfois comme épidémiquement, un certain nombre sont certainement le fait de jeunes garçons de 12 à 18 ans qui mettent le feu, au risque d'amener de véritables catastrophes locales, par une véritable impulsion, tantôt sans motif, tantôt sous

1. Morel, *Études cliniques*, t. I, p. 319.

l'influence d'un motif futile, par exemple à la suite d'une réprimande ou d'une contrariété. Nous avons eu à examiner, comme experts, plusieurs enfants dans ces conditions, à la fois simples d'esprit et en voie d'évolution pubérale.

Cette notion des rapports de la puberté avec l'impulsion, vraie non seulement pour la pyromanie, mais aussi pour toutes les autres propensions morbides, a été admise de tout temps. Paul Moreau de Tours [1] et Ant. Marro [2] y insistent dans leurs ouvrages et déjà en 1849, l'auteur anglais Wigan, faisant une étude spéciale des crimes sans motifs chez les adolescents, signalait ce fait curieux que beaucoup d'entre eux avaient eu des hémorragies nasales qui, dans le sexe masculin, s'étaient montrées avec la régularité du flux menstruel ; l'action criminelle avait été accomplie avec la cessation temporaire du flux habituel. Le regard était alors hébété, lourd, languissant. Lorsqu'on interrogeait les coupables présumés, ils répondaient presque invariablement : Je ne sais pas... Je n'ai pas de raison... Je croyais devoir le faire... Ou, nous étions poussés à faire quelque chose. Quant à ce quelque chose lui-même, il était déterminé par une simple circonstance, la vue des moyens d'exécution [3].

1. Paul Moreau (de Tours), *De l'homicide commis par les enfants*, Paris, 1882, et *La folie chez les enfants*, Paris, 1888.

2. A. Marro, *La Puberté* et *Les rapports de la puberté avec le crime et la folie*. Congrès de l'anthropologie criminelle de Genève, 1896.

3. Wigan, *On motiveless crimes of the Young*. Journal of psychol. medicine, 1849.

Il n'est pas jusqu'au théâtre qui n'ait mentionné ces relations de l'impulsion avec la puberté et Ibsen, dans un de ses drames les plus connus, *Le Canard sauvage*, met en scène une jeune fille de 14 ans, Hedwige, qui poussée d'abord par son évolution pubérale à l'incendie, finit ensuite par se suicider.

De même que l'impulsion au vol, l'impulsion à l'incendie est souvent en relation avec l'hystérie, surtout avec l'hystérie associée à un autre facteur tel que grossesse, menstruation, ménopause, alcoolisme, dégénérescence. On trouve plusieurs faits de ce genre dans l'ouvrage de Legrand du Saulle [1] et M. Aug. Vigouroux en a récemment publié un [2] où il s'est efforcé, peut-être un peu subtilement, de démêler ce qui appartenait au facteur hystérique et au facteur dégénératif.

Quel que soit le type que revête l'impulsion à l'incendie, sauf dans les cas où elle est soudaine, aveugle, inconsciente, elle peut avoir un motif ou tout au moins un semblant de motif. Le plus fréquent de tous, celui qu'on retrouve jusque chez les dégénérés inférieurs, c'est l'idée de vengeance, qui, pénétrant à l'occasion la plus futile, dans ces cerveaux tout préparés, y sert à la fois d'amorce et de stimulant à l'impulsion. C'est là un fait qu'il faut connaître, pour n'être pas exposé à conclure, dans la pratique, de l'existence d'un mobile à la non-morbidité de l'acte.

1. Legrand du Saulle, *Les hystériques*, Paris, 1883.

2. A. Vigouroux, *Obsession et impulsion pyromaniaques chez une dégénérée hystérique*. Annales méd-psychol., septembre-octobre 1897.

Impulsion à boire (dipsomanie). — L'impulsion à boire ou *dipsomanie* est absolument différente, comme on sait, de l'alcoolisme.

L'alcoolisme est l'empoisonnement par l'alcool, empoisonnement résultant généralement d'habitudes chroniques et invétérées de boisson. La dipsomanie, elle, est la tendance impérieuse, habituellement passagère, paroxystique et par accès, à boire. De sorte qu'on peut être alcoolique sans être dipsomane et, plus encore, dipsomane sans être alcoolique.

Cette distinction rappelée, nous devons dire que l'impulsion à boire peut se manifester épisodiquement dans un grand nombre d'états psychopathiques, en particulier dans l'hystérie, l'épilepsie, la mélancolie, mais surtout au début de la manie aigüe, dans l'excitation maniaque de la folie intermittente ou circulaire et dans la phase prodromique de la paralysie générale.

Dans ces diverses maladies, en particulier dans la dernière, la dipsomanie traduit l'exaltation de l'organisme, elle est une manifestation de ce besoin dynamique d'agir, de se dépenser, qui pousse les sujets[1]. D'autre part, et par une sorte de choc en retour, les excès ainsi commis aggravent encore l'exaltation originelle et la portent souvent à l'état aigu.

Ces propensions dipsomaniaques, bien qu'intéressantes et importantes à connaître, ne sont guère que des accessoires épisodiques dans les états pathologiques au cours desquels elles surviennent et, à ce

1. E. Régis, *De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale*. Annales méd.-psychol., 1879.

point de vue, elles diffèrent de la véritable dipsomanie, c'est-à-dire de l'impulsion irrésistible à boire, survenant par accès nettement caractérisés, chez des dégénérés.

La description de cette forme classique a été magistralement tracée par M. Magnan [1]. Nous nous bornerons à la résumer.

La dispomanie a pour caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques ; ils laissent, après leur disparition, un malaise cérébral qui s'atténue peu à peu, et les malades, reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

L'accès est précédé de prodromes toujours à peu près les mêmes : d'abord un sentiment vague de tristesse que les occupations ou les distractions sont incapables de surmonter ; les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail auquel il leur est désormais impossible de penser ; des idées noires les obsèdent, tout semble changer autour d'eux, ils se sentent comme menacés d'un prochain malheur, leur caractère s'aigrit ; leurs sentiments affectifs sont altérés, les êtres les plus chers leur deviennent indifférents. A ces symptômes d'ordre intellectuel et moral s'ajoutent plus tard d'autres symptômes physiques. D'abord de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin, des troubles de la sensibilité générale surviennent ; ces

1. Magnan, *Leçons cliniques sur la dipsomanie*, Paris, 1886.

malades se plaignent d'une brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier, ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant.

Désormais, rien ne les arrête, il leur faut à tout prix une liqueur alcoolique ; quand l'argent leur manque pour l'acheter, ils ne reculent devant aucun expédient ; les plus honteux ne les arrêtent pas ; le vol, la prostitution, le crime même, tous les moyens leur sont bons pour se procurer une boisson excitante. C'est alors qu'on voit le père de famille, portant au cabaret les dernières ressources du ménage, rester sourd aux supplications de la mère qui montre les enfants sans pain ; qu'on voit la mère, oublieuse de ses devoirs et perdant toute pudeur, se prostituer pour quelques verres d'eau-de-vie ou vendre sa fille.

La lutte que livrent plusieurs de ces malheureux avant de céder à leur funeste penchant, indique d'une manière très nette combien ils diffèrent des ivrognes ordinaires. Ceux-ci recherchent les occasions de boire ; le dipsomane, au contraire, commence par les fuir ; il se fait des reproches ; il se fait à haute voix l'énumération des tourments divers qui l'attendent ; il cherche à se dégoûter par mille moyens ; il souille même parfois sa boisson dans l'espoir de ne pas céder à la tentation. Jamais le buveur ordinaire n'agit de la sorte.

Et quand il finit par succomber, le dipsomane se conduit encore autrement que l'ivrogne ; il se cache, s'isole après être entré furtivement chez le marchand de vin, d'où il s'échappe ensuite tout honteux. Le

buveur de profession, au contraire, est bruyant, tapageur, cherche des amis pour aller au cabaret, fait étalage des bouteilles qu'il a vidées et met une certaine gloriole à raconter ses exploits. L'un est aliéné avant de boire, l'autre ne devient aliéné que parce qu'il a bu.

D'autres impulsions peuvent se joindre à l'impulsion à boire, surtout celle du suicide. Cette idée de suicide naîtrait du désespoir et de la honte que les dipsomanes éprouvent d'être retombés dans les excès dont ils rougissent.

Honteux de leur conduite et des soucis qu'ils causent à leur famille, découragés par une lutte perpétuelle d'où ils sortent toujours vaincus et plus avilis, ils sont pousssés à se donner la mort et certains finissent ainsi.

Il n'y a rien à ajouter à cette description de la dipsomanie donnée par Magnan. Aussi, n'insisterons-nous pas davantage.

Ce que nous voulons dire seulement ici, à titre de complément, c'est que ce qui existe pour la boisson, au point de vue de l'entraînement irrésistible, existe également pour tous les poisons artificiels, si bien qu'il y a une dipsomanie morphinique ou morphinomanie, une dipsomanie éthérique ou étheromanie, une dipsomanie cocaïnique ou cocaïnomanie, haschischique ou haschischomanie, chloralique ou chloralomanie, etc., etc.

Chacune de ces dipsomanies peut se présenter sous le même type et avec les mêmes caractères que la dipsomanie alcoolique, c'est-à-dire sous forme d'accès intermittents, obsédants, paroxystiques, présentant

les mêmes prodromes, la même symptomatologie et le même retour attristé à la raison. Bien plus, et c'est ce qui prouve que les dipsomanes sont bien plutôt poussés, dans leurs crises, par un besoin de s'intoxiquer que par l'appétit de tel ou tel toxique, c'est que, chez un même individu, on peut voir les diverses espèces de dipsomanie coexister ou se remplacer. D'où le nom générique de *toxicomanie* [1] que M. Féré donne très justement à ces tendances impulsives, non exclusivement systématisées. En dehors des cas rapportés par cet auteur, nous pouvons citer, dans le même ordre d'idées, le fait rare et intéressant de MM. Antheaume et Leroy d'une dipsomanie morphinique vraie, dans lequel existaient en même temps diverses autres impulsions, en particulier de la dipsomanie alcoolique [2].

Impulsion à la fugue (dromomanie). — Beaucoup d'aliénés sont portés à fuir de chez eux et à s'en aller plus ou moins loin. Tels les persécutés qui changent constamment de domicile, pour essayer de se soustraire aux manifestations malveillantes dont ils se croient l'objet et vont même, parfois, jusqu'à s'expatrier (persécutés migrateurs de A. Foville) [3] ; les mégalomanes, politiques ou mystiques, qui vont où les appellent leurs grandeurs imaginaires ; les mélan-

1. Ch. Féré, *Note sur un cas de toxicomanie variable.* Journal de médecine de Bruxelles, 2 décembre 1897.

2. Antheaume et Leroy, *Un cas de dipsomanie morphinique.* Extrait d'un mémoire inédit couronné par l'Académie de médecine, prix Falret, 1896. Imprimerie Daix, Clermont (Oise).

3. Ach. Foville, *Des aliénés voyageurs ou migrateurs.* Annales méd.-psychol, 1875.

coliques qui cherchent, par un sentiment d'humilité ou d'indignité, à se soustraire à la lumière du ciel et à la vue des hommes ; les alcooliques qui, affolés par les dangers qu'ils aperçoivent autour d'eux, s'échappent de tous côtés, éperdus ; les paralytiques généraux enfin qui, au début surtout, éprouvent parfois un tel besoin de se mouvoir qu'ils marchent pendant des journées sans s'arrêter.

Ces fugues pathologiques, comme on les appelle, ne présentent que rarement le caractère impulsif. Le plus souvent, elles sont consenties, voulues par les malades, sous l'influence de leur délire ou de leurs hallucinations. Seules les fugues panophobiques des alcooliques et l'ambulomanie des paralytiques généraux peuvent être considérées, le plus souvent, comme de véritables impulsions, les unes somnambuliques[1], subconscientes et submnésiques, les autres conscientes et automatiques, véritablement psycho-motrices. Dans un travail déjà cité plus haut sur la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale, nous avons insisté, en en rapportant plusieurs exemples, sur ce besoin impulsif de locomotion, chez certains paralytiques généraux au début. Depuis, d'autres cas ont été cités par M. Berger dans un travail spécial[2].

1. Francotte, *Somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal*. Congrès de l'anthropologie criminelle, Genève, 1896.

Berkley, *Manie errante ; dédoublement de la conscience d'origine alcoolique*. American Journal of Insanity, avril 1897.

2. Berger, *Des fugues dans la paralysie générale*. Archives cliniques de Bordeaux, 1895.

Les véritables fugues impulsives s'observent surtout dans les états névropathiques.

Décrites tout d'abord dans l'épilepsie par CHARCOT[1], sous le nom d'*automatisme ambulatoire,* elles ont été depuis signalées et étudiées dans l'hystérie et dans la psychasthénie par un grand nombre d'auteurs, notamment : par TISSIÉ[2], DUPONCHEL[3], J. VOISIN[4], PITRES[5], SOUS[6], GÉHIN[7], SAINT-AUBAIN[8], RÉGIS[9], DÉNOMINI[10], DUBOURDIEU[11], LUCAS-CHAMPIONNIÈRE[12],

1. CHARCOT, Leçons du mardi, 1889.

2. TISSIÉ, *Des aliénés voyageurs*. Thèse de Bordeaux, 1887.

3. DUPONCHEL, *Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez les militaires*. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet 1888.

4. J. VOISIN, *Automatisme ambulatoire chez une hystérique*. Société médico-psychologique, 1889.

5. PITRES, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891. — *L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'épilepsie*. Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895. — *L'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif*. Revue des Revues, 1896.

6. SOUS, *De l'automatisme comitial ambulatoire*. Thèse de Paris, 1891.

7. GÉHIN, *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif*. Thèse de Bordeaux, 1892.

8. SAINT-AUBAIN, *Fugues inconscientes hystériques*. Thèse de Paris, 1892.

9. RÉGIS, *Sur un cas d'automatisme ambulatoire hystérique*. Journal de médecine de Bordeaux, 1893.

10. DÉNOMINI, *Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal*. Thèse de Lyon, 1893.

11. DUBOURDIEU, *De la dromomanie des dégénérés*. Thèse de Bordeaux, 1894.

12. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Sur l'automatisme ambulatoire*. Journal de médecine et de chirurgie pratiques. 10 août 1895.

MEURICE[1], BREGMAN[2], BABINSKI[3], etc... La synthèse séméiologique de ces fugues nous a conduits à distinguer dans le vagabondage impulsif plusieurs variétés distinctes.

A côté des grandes fugues des névrosés, et à un degré moindre au point de vue pathologique, il faut signaler le besoin impérieux de marcher, de se déplacer incessamment, observés chez des sujets qui sont à peine des malades, des déséquilibrés. Ce groupe d'individus comprend les *déambulateurs simples,* les *trimardeurs,* les *ouvriers errants.*

Les impulsions locomotrices des états névropathiques sont de beaucoup les plus importantes. Elles sont essentiellement dissemblables dans la dégénérescence et la psychasthénie, dans l'épilepsie, dans l'hystérie.

« La fugue des dégénérés, en particulier celle des neurasthéniques, se produit sous l'empire d'une propension plus ou moins soudaine, ordinairement obsédante, à laquelle les sujets ne peuvent résister en raison de la faiblesse de leur volonté. La crise, née souvent d'une cause réelle, mais insignifiante, revêt le type conscient et le souvenir en reste tout à fait intact.

« La fugue de l'épileptique est absolument automatique. L'épileptique part tout d'un coup, à l'aveugle ; il marche au hasard devant lui, ne sachant ni ce qu'il veut, ni ce qu'il fait, se livrant inconsciemment sur sa route à des extravagances, à des actes impu-

1. MEURICE, *Les fugues chez les enfants*. Thèse de Paris, 1899.
2. BREGMAN, *Sur l'automatisme ambulatoire, « fugues », « dromomanie »*. Neurologisches Centralblatt, 1899, n° 17.
3. BABINSKI, *Automatisme ambulatoire et somnambulisme hypnotique*. Revue de l'hypnotisme, septembre 1899.

diques, à des impulsions subites à l'incendie, à l'homicide ou au suicide. Revenu à lui, il ne sait rien de ce qui s'est passé, il ignore où il est et comment il y est venu.

« La fugue de l'hystérique a dès symptômes différents. Ici, le sujet est en état second ou de somnambulisme. Chez lui, l'idée du voyage à accomplir répond souvent à un désir, ou même à un besoin antérieur, qui se manifeste et réagit spontanément durant le sommeil nerveux, et le malade l'exécute presque d'une façon normale, allant droit au but sans s'écarter. D'autre part, l'amnésie de la fugue, bien que constante, n'est pas toujours aussi profonde et aussi absolue que dans l'épilepsie et parfois quelques débris de la scène surnagent dans les souvenirs. Enfin, il est possible de réveiller complètement la mémoire de la fugue en plaçant le sujet dans l'hypnose. A l'état ordinaire, l'amnésie est complète, il ne se rappelle rien ou presque rien ; mais si on parvient à le plonger dans le sommeil artificiel, ce qui n'est pas toujours possible, il récupère le souvenir de son accès pour retomber, au réveil, dans l'amnésie antécédente[1]. »

Il est vraisemblable qu'en dehors des soudaines et courtes propulsions en avant de l'épilepsie dite procursive, l'automatisme ambulatoire à grands et longs accès, durant lesquels le sujet se dirige et accomplit des actes plus ou moins coordonnés, n'appartient guère à l'épilepsie dont le symptôme le plus général, le plus constant, le plus caractéristique est l'inconscience absolue. L'automatisme ambulatoire classique

1. Régis, *Loco citato.*

est surtout le fait de l'hystérie. Lorsqu'on le constate dans l'épilepsie, il est sans doute dû à un état second indirectement provoqué par cette névrose et identique au somnambulisme de l'hystérie.

L'un de nous a proposé de désigner l'impulsion consciente à la fugue du psychasthénique, plus ou moins déséquilibré ou dégénéré, en particulier celle à caractère obsédant, sous le nom de *dromomanie*. Cette dénomination qui a été adoptée par certains auteurs pourrait parfaitement s'étendre, croyons-nous, à la fugue impulsive de l'épileptique et de l'hystérique. Préférable au point de vue de l'exactitude au terme d'automatisme ambulatoire, qui préjuge un caractère d'automatisme qui est loin d'exister toujours, il aurait l'avantage de marquer, par sa désinence même, la similitude clinique de l'impulsion à la marche avec les autres impulsions morbides.

Un chapitre intéressant de l'histoire de la dromomanie est celui de la dromomanie dans l'armée.

Bien que ce chapitre ait un intérêt avant tout médico-légal, nous croyons devoir le signaler ici, le résumé que nous ferons plus loin de la médecine légale des impulsions ne comportant pas une analyse de faits aussi détaillée.

La fugue impulsive est relativement fréquente chez les soldats, ce qui s'explique et par le nombre malheureusement trop grand chez eux des dégénérés à tous les degrés, *faute d'une sélection psychique aussi bien que physique à la révision,* et par la tournure naturelle à l'escapade que tend à prendre l'impulsivité chez des individus rigoureusement tenus par la discipline.

La fugue dans l'armée, lorsqu'elle se prolonge au delà de la durée légale, portant le nom de *désertion*, c'est-à-dire impliquant des pénalités graves, il importe de la bien connaître, de façon à distinguer, ce qui n'est pas toujours facile, la maladie vraie de la simulation. Les Conseils de guerre ont souvent à juger des affaires de ce genre et quelques-unes d'entre-elles ont donné lieu à d'intéressants rapports médico-légaux.

Ayant eu l'occasion d'observer, seuls ou de concert avec nos excellents confrères de l'hôpital militaire de Bordeaux, un certain nombre de faits de ce genre, nous croyons pouvoir dire que, sur un fond commun et constant de dégénérescence, plus ou moins marqué suivant les cas, on peut rencontrer, dans l'armée, les trois formes névropathiques d'impulsions dromomaniaques : hystérique, psychasthénique, épileptique, les deux premières étant incomparablement les plus fréquentes [1 à 7]. Nous rapportons à la fin de ce volume deux des faits que nous avons été appelés à examiner.

1. DUPONCHEL, Loco citato.

2. DENOMINI, Loc. cit.

3. *L'automatisme ambulatoire au point de vue médico-légal.* Société de médecine légale, mars 1889.

4. FOURNIER, KŒRIG, GILLES DE LA TOURETTE, *Un cas d'automatisme ambulatoire chez un soldat*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1895, nº 6.

5. LACAUSSE, *Les dégénérés psychiques au point de vue du service militaire*. Thèse de Bordeaux, 1893.

6. CHALLAN DE BELVAL et E. RÉGIS, *L'épilepsie dans l'armée et l'expertise médico-légale devant les tribunaux militaires*. Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895.

7. TATY, GRANJUX, RÉGIS, *Les aliénés méconnus et condamnés.* Congrès des aliénistes et neurologistes, Marseille, 1899.

Impulsions sexuelles. — Les impulsions sexuelles ont été particulièrement étudiées dans ces dernières années. En dehors de l'ouvrage magistral et complet de Krafft-Ebing [1] qui reste l'œuvre fondamentale à ce sujet, nous devons citer aussi les travaux de Moll, Raffalovitch, Naecke, Ullrich, von Schrenck-Notzing, Tarnowski, Laupts, Lombroso, Venturi, Tamburini, Bonfigli, Rosenbach, Soukhanoff, Morton Prince, Masoin, à l'étranger, et, en France, ceux de Magnan et Charcot, Chevalier, Garnier, Vallon, Régis, Thoinot, Féré, Lacassagne, Ball, Motet, Sérieux, Joanny Roux, Toulouse, etc., etc.

Il en est des impulsions sexuelles comme de toutes les impulsions : elles peuvent se présenter, en clinique, sous les types réflexe pur, psycho-moteur ou psychique obsédant. Elles peuvent aussi et c'est habituellement de la sorte qu'elles sont étudiées, être divisées en deux grands groupes suivant qu'elles tendent à des actes sexuels normaux ou à des perversions sexuelles.

L'impulsion sexuelle proprement dite est la tendance impulsive morbide à la satisfaction du besoin génital. Elle se traduit, le plus souvent, non seulement par son caractère impérieux, irrésistible, mais aussi par son inassouvissement, malgré des répétitions aussi fréquentes que rapprochées. Elle s'observe dans la plupart des états psychopathiques caractérisés par de l'exaltation fonctionnelle et où déjà nous avons signalé d'autres tendances impulsives : les pro-

1. Krafft-Ebing. *Psychopatia sexualis,* traduit sur la 8e édition allemande par Émile Laurent et Sigismond Csapo, Paris, 1895.

dromes de la manie, l'excitation maniaque, intermittente ou circulaire, la paralysie générale au début. Souvent, elle s'associe à une propension également instinctive, automatique et insatiable à la masturbation qui, dans certains cas, peut exister seule, notamment chez les dégénérés inférieurs.

Les perversions sexuelles impulsives sont tellement nombreuses qu'il nous est impossible de les décrire, même tout à fait sommairement ici et que nous ne pouvons que nous borner à énumérer les principales, renvoyant, pour plus de détails, à l'ouvrage classique de Krafft-Ebing ou au rapport présenté sur ce sujet à la section de psychiatrie du Congrès international de 1900, par M. Paul Garnier[1].

Nous nous contenterons de mentionner sans y insister, parmi les perversions sexuelles susceptibles de se présenter avec le caractère impulsif, certaines propensions morbides, telles que la pédérastie et le tribadisme, bien connues depuis longtemps, qui s'observent de préférence chez les dégénérés, les hystériques, les alcooliques, et dans lesquelles à la perversion se mêle souvent un certain degré de perversité, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer.

Nous dirons uniquement un mot des perversions sexuelles plus récemment mises en lumière et que nous diviserons, avec Krafft-Ebing et la plupart des auteurs, en : 1° *exhibitionnisme* ; 2° *fétichisme* ; 3° *sadisme* ; 4° *masochisme* ; 5° *uranisme*.

1. Paul Garnier, *Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal*. Rapport au Congrès international de médecine de 1900, section de psychiatrie.

A ces formes simples, on peut ajouter les formes mixtes, dans lesquelles plusieurs de ces perversions s'associent entre elles et dont les principales sont celles que nous désignons sous le nom de *sadi-fétichisme* et de *maso-fétichisme*.

Exhibitionnisme. — M. Garnier définit l'exhibitionnisme impulsif, « syndrome de la dégénérescence mentale » : « une perversion sexuelle, obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public, et généralement avec une sorte de fixité d'heure et de lieu, ses organes génitaux, à l'état de flaccidité et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès ».

Cette définition donne une idée très exacte de l'exhibitionnisme impulsif type, à caractère conscient, obsédant, intermittent et paroxystique. Mais elle ne comprend pas tous les cas d'exhibitionnisme impulsif, notamment ceux où il n'y a ni lutte obsédante, ni conscience complète, ni fixité d'heure et de lieu et où l'exhibition s'accompagne d'érection, de masturbation, etc. Ceux-là, on les observe non seulement chez les dégénérés, mais aussi chez les sujets en voie de dégradation et de décadence mentale, comme les alcooliques chroniques, les déments, les épileptiques, les paralytiques généraux.

Une particularité curieuse à signaler, dans l'histoire de l'exhibitionnisme obsédant, c'est la tendance pour ainsi dire instinctive qu'ont les malades à exécuter leur acte dans les endroits qui jurent le plus avec sa nature obscène, par exemple devant des ateliers

de jeunes filles, et principalement dans les églises, aux yeux de femmes ou même de religieuses en prière. M. Garnier, recherchant à quel mobile obéissent les sujets en agissant ainsi, se demande « si quelque sentiment donnant comme l'impression d'un vague réveil de l'ancien culte phallique en honneur à Rome et à Athènes n'interviendrait pas dans la *solennité* avec laquelle ils s'exhibent ». Nous croyons que l'explication est plus facile et plus simple. Si l'exhibitionniste est fréquemment poussé à opérer dans les lieux consacrés au culte, c'est surtout parce que c'est là qu'il devrait et *voudrait* le moins le faire ; en vertu de cette loi d'antithése et du contraire, si curieuse et si typique chez beaucoup d'obsédés, qui oriente leurs tendances juste dans le sens le plus grave ou même à l'opposé de leurs désirs : le mari qui adore sa femme et la femme qui adore ses enfants sentant leur obsession homicide se tourner précisément contre eux ; la jeune fille pieuse et chaste sentant venir sur ses lèvres, toutes les fois qu'elle veut prier, un blasphème abominable, etc., etc. Et ce qui prouve bien qu'il en est vraiment ainsi, au moins dans bien des cas, c'est que certains malades, comme celui cité par M. Garnier lui-même, disent « qu'il n'y avait point l'intention d'une révoltante offense dans leur exhibition, que ce serait plutôt le *contraire* ».

Fétichisme. — Le fétichisme, syndrome de la dégénérescence mentale, dit M. Garnier, est « une perversion sexuelle obsédante et impulsive conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle (fétichisme impersonnel), tantôt à une partie du corps (fétichisme corporel), le pouvoir

exclusif de produire l'orgasme génital, le fétiche étant, soit directement, soit par évocation ou représentation mentale, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle ».

Le fétichisme se présente en effet sous deux formes : le fétichisme des objets, et le fétichisme d'une des parties extra génitales du corps.

Le fétichisme des objets se manifeste par les tendances les plus variées et les plus singulières : la recherche passionnée et impulsive des mouchoirs de femmes, des pantalons, jupes, robes, bas, tabliers blancs, manteaux de laine, de velours ou de soie, chapeaux, bonnets de nuit, souliers à clous, etc., etc. Beaucoup vont jusqu'au vol pour se procurer leurs fétiches soit pour les collectionner, soit pour les revêtir et la vue, le toucher ou le port de ces objets détermine souvent chez eux, avec ou sans l'aide de manœuvres onanistiques, l'orgasme génital.

Le fétichisme du corps peut également s'objectiver sur toutes ses parties : cheveux, nez, oreilles, bouche, seins, mains, fesses, pieds, etc., etc. Il peut conduire les obsédés des cheveux à couper, voler et collectionner des nattes (coupeurs de nattes de Motet, Krafft-Ebing, Garnier) les obsédés des fesses à se serrer, organes à nu ou non, contre les bassins des femmes dans les foules, d'où le nom de *frotteurs* sous lequel ils sont connus de la police spéciale qui, à Paris et dans les autres capitales, connaît bien leur passion maladive (Macé : Un joli monde).

Sadisme. — Le sadisme pathologique, syndrome de la dégénérescence mentale, est une perversion sexuelle obsédante et impulsive caractérisée par une

dépendance étroite entre la souffrance infligée ou mentalement représentée et l'orgasme génital, la frigidité restant d'ordinaire absolue sans cette condition à la fois nécessaire et suffisante (Garnier). On pourrait définir aussi le sadisme, ou, comme on l'appelle parfois, le *tyrannisme,* une perversion consistant à n'éprouver de volupté génitale que par domination ou violences exercées sur des personnes du sexe opposé ou du même sexe, sur des animaux ou sur des objets.

Le sadisme étant, de toutes les perversions sexuelles, celle qui conduit aux actes les plus graves, on peut cliniquement en établir un certain nombre de degrés, d'après la gravité même de ses effets.

Au degré le plus léger, on a le sadisme purement platonique, c'est-à-dire celui qui se satisfait simplement en imagination par la création ou l'évocation soit mentales, soit contées, écrites, dessinées, peintes, de scènes de violences, ces créations et évocations symboliques suffisant à provoquer la volupté.

A un degré plus marqué, il y a déjà des violences réelles, mais plus ou moins légères : coups, flagellations, morsures, piqûres sur divers points du corps.

Au troisième degré, nous trouvons les blessures sérieuses, allant parfois jusqu'à la mort : section des lobules d'oreilles, du nez, de morceaux de chair, mutilations diverses, meurtre simple.

Enfin au dernier degré, se placent d'horribles monstruosités telles qu'assassinats avec égorgement, éventration, ablation des organes génitaux, étripement, dépeçage, absorption du sang ou de la chair de la victime, jusqu'à la violation des cadavres et au

vampirisme dont un exemple, le plus macabre et le plus bestial qui ait jamais existé, vient de se produire au Muy il y a à peine quelques jours[1].

On consultera sur tous ces faits, en particulier sur le sadisme et le dépeçage, en dehors des ouvrages classiques déjà cités, les récents travaux de Lacassagne[2], de Nina Rodrigues[3], d'Alb. Prieur[4], de Pitoiset[5], de A. de Saint-Vincent de Parois[6], etc.

Les divisions du sadisme que nous avons admises sont bien des manifestations à divers degrés d'une même perversion, séparées non par des différences absolues, mais par des transitions insensibles. Et la preuve, c'est que les malades peuvent passer très bien de l'une à l'autre. « Il n'y a pas si loin qu'on pourrait le croire entre l'impulsion intellectuelle, comme disait Ball, et l'impulsion motrice puisque, suivant la psychologie moderne, toute idée est un mouvement qui commence. Entre le dégénéré sadique qui, en imagination fesse, fouette et cingle les femmes jusqu'au sang, et celui qui les tue, les mutile, les éventre et les souille réellement, il n'existe qu'une différence de transition et de degré. Il y a là une

1. A. Epaulard, *Vampirisme, nécrophilie, nécrosadisme, nécrophagie*. Thèse de Lyon, 1901.

2. Lacassagne, *Vacher l'éventreur et les crimes sadiques*. Bibliothèque de criminologie, Storck, Lyon, 1899.

3. Nina Rodrigues, *Des conditions psychologiques du dépeçage criminel*. Archives de l'anthropologie criminelle, janvier 1898.

4. Alb. Prieur, *Essai sur la psychologie du dépeçage criminel*. Le Mercure de France, 1901.

5. Pitoiset, *Du dépeçage criminel*. Thèse de Paris, 1901.

6. A. de Saint-Vincent de Parois, *Du dépeçage criminel*. Thèse de Lyon, 1902.

chaîne ininterrompue de manifestations impulsives de l'instinct sexuel, qui s'expliquent et se complètent les unes par les autres [1]. »

Le sadisme peut s'exercer non plus seulement sur les humains, mais sur les animaux. Les auteurs ont cité de nombreux faits de ce genre. Les plus intéressants peut-être, au point de vue du mécanisme et de l'interprétation psychologiques, sont ceux qui se produisent chez les enfants, soit dans le bas-âge, soit surtout au moment de la puberté et ici encore nous saisissons sur le fait l'influence des grands mouvements de la vie génitale sur l'impulsivité.

Le sadisme peut enfin, comme et avec le fétichisme, se porter sur les objets, ainsi que l'ont montré Krafft-Ebing, Garnier et Vallon, qui ont cité des cas dans lesquels le sadique s'attaquait non plus aux personnes elles-mêmes, mais à leurs vêtements et éprouvait une véritable volupté génitale à souiller, tacher d'encre, asperger de vitriol, couper, lacérer, brûler une robe, ou toute autre partie de la toilette feminine.

Le sadisme s'associe souvent au fétichisme pour constituer une sorte de perversion double ou mixte, le *sadi-fétichisme*. Il en est ainsi notamment, chez les coupeurs de nattes, les piqueurs de sein, les coupeurs de lobules d'oreille, les flagellateurs de fesses. Ainsi que nous l'avons montré, une des deux perversions, le sadisme, domine presque toujours dans cette association, le fétichisme servant surtout à fixer sur telle ou telle région du corps les tendances impulsives.

1. Régis, *Un cas de perversion sexuelle à forme sadique*. Archives de l'anthropologie criminelle, 1899.

Le sadisme, avec ou sans fétichisme, a, comme on voit, les relations les plus étroites avec la *cruauté*. Ces relations sont telles que beaucoup d'actes de cruauté envers les humains ou les animaux ont, à l'insu même parfois de leur auteur, une origine plus ou moins sadique. Il en est ainsi, par exemple, de certains mauvais traitements corporels dont l'usage n'a pas entièrement disparu encore, en particulier des fessées et flagellations infligées à des enfants, des domestiques, des inférieurs, par des maîtres et des supérieurs[1], ainsi que de certains entraînements violents des foules se traduisant soit par le goût de spectacles sanguinaires comme les courses de taureaux (Féré) soit même par des crimes plus ou moins horribles et plus ou moins nombreux, sur lesquels nous aurons à revenir (crimes des foules).

Masochisme. — Le masochisme est la perversion inverse du sadisme. Elle consiste à n'éprouver de volupté génitale que par domination ou violences subies. Le terme de masochisme lui a été appliqué par Krafft-Ebing d'après le nom de l'écrivain hongrois Sacher-Masoch qui, dans ses romans, a mis en scène des cas de ce genre. On l'appelle aussi, avec Raffalovitch, d'un mot plus exact, le *passivisme*, par opposition avec le tyrannisme, synonyme de sadisme.

Nous pourrions reconnaître au masochisme ou passivisme, ainsi que nous l'avons fait pour la perversion précédente, une série de degrés progressifs.

Au premier degré, tout se borne à la production de

1. Cabanès, *La flagellation dans l'histoire et la littérature.* Imprimerie Daix, Clermont (Oise), 1899.

la volupté génitale par la création ou l'évocation en imagination de scènes dans lesquelles le sujet joue le rôle passif.

Au deuxième degré, le sujet se complaît voluptueusement à se faire commander, gronder, punir par une femme, à s'agenouiller ou à se coucher à ses pieds, à prendre devant elle les attitudes les plus humbles, à se charger des besognes les plus humiliantes et les plus grossières, etc.

Au degré le plus marqué, ce passivisme purement symbolique ou moral ne suffit pas et il faut au malade, pour arriver à la volupté, des violences matérielles plus ou moins graves, depuis les soufflets et surtout la fessée, jusqu'aux coups et aux blessures sanglantes.

Comme dans le sadisme, il n'existe que des transitions insensibles entre ces divers degrés de la perversion et beaucoup peuvent passer de l'un à l'autre ou les présenter simultanément. C'est ce qui existait chez Jean-Jacques Rousseau, le type du parfait passiviste qui, ayant éprouvé une grande volupté sexuelle sous la fessée de Mlle Lambercier, cherchait à nouveau les occasions de se faire ainsi frapper (3e degré) ; mais, n'osant demander aux femmes de le fouetter, il satisfaisait sa passion en exhibant de loin son derrière sur leur passage, comme en une sorte d'évocation « du traitement désiré » (1er degré), ou en prenant vis-à-vis d'elles des attitudes de sujétion et d'humilité (2e degré). « Être aux genoux d'une maîtresse impérieuse, — a-t-il écrit — obéir à ses ordres, avoir des pardons à lui demander, étaient pour moi de très douces jouissances » (Confessions).

Comme le sadisme également, le masochisme peut s'associer à d'autres perversions pour constituer en quelque sorte des états mixtes. Nous venons de voir chez Rousseau un mélange de masochisme et d'exhibitionnisme, ce qu'on pourrait dénommer le *maso-exhibitionnisme*. L'un de nous a observé aussi avec M. Mongie un cas très net de *maso-fétichisme* chez un individu qui ne goûtait la volupté que lorsque, revêtu de bas noirs et de souliers jaunes, il était grondé, enfermé, mis au pain sec, attaché, battu, par une femme également en bas noirs et en souliers jaunes.

Uranisme ou inversion sexuelle. — Nous nous bornerons à signaler ici l'*uranisme (inversion génitale* ou sexuelle, *homosexualité)* perversion caractérisée par la direction exclusive de l'inclination amoureuse vers les personnes du même sexe. Elle offre moins en effet que les perversions précédentes le caractère impulsif. Tous les auteurs qui se sont occupés de l'uranisme et ils sont nombreux, surtout en Allemagne, ont insisté sur les différences très nettes qui le séparaient de la vulgaire pédérastie. L'uranisme est une anomalie avant tout psychique, consistant dans une inversion du penchant sexuel, quelque chose, ainsi qu'on l'a dit, comme une âme de femme dans un corps d'homme, et réciproquement. Il peut évidemment conduire à des actes contre nature, à la pédérastie en particulier, mais il s'en faut que cela soit constant. Souvent, l'uraniste est chaste à proprement parler et tout son bonheur peut consister, s'il s'agit d'un homme, à se vêtir, à se parer, à travailler, à vivre en femme, ou à aimer idéalement un homme comme une femme pourrait

l'aimer ; à sentir, à vivre et à aimer en homme, s'il s'agit d'une femme.

Toutes les perversions sexuelles que nous venons de passer en revue et qui se manifestent par des obsessions et des impulsions d'une importance capitale au point de vue clinique et médico-légal sont dues, avant tout, à la prédisposition morbide originelle et germent, par conséquent, sur un sol essentiellement dégénéré.

Le terrain, ainsi préparé, qu'un incident susceptible de frapper l'imagination du sujet et de créer une association psycho-génitale survienne dans sa jeunesse, voire dans son enfance, et voilà désormais sa vie sexuelle orientée exclusivement, impulsivement, vers une perversion en rapport avec l'incident primitif. C'est ce qui explique comment la plupart des pervertis sexuels sont devenus fétichistes, sadiques, masochistes, etc., à la suite d'une première émotion sexuelle liée à la vue d'une partie du corps de la femme on d'un de ses vêtements, au spectacle ou à la sensation d'une fessée donnée ou reçue, etc.

Mais, ce qui prouve que ce facteur accidentel ne joue qu'un rôle secondaire, c'est que, en présence du même fait, les dégénérés peuvent verser dans une perversion différente, devenir par exemple les uns masochistes et les autres sadistes, au vu d'une fessée. D'où cette conclusion tant de fois répétée par tous les aliénistes, que la prédisposition congénitale est le facteur absolument prépondérant et que l'incident occasionnel ne détermine que des effets morbides en rapport avec le tempérament et l'idiosyncrasie de l'individu.

IV. — *Non existence des monomanies impulsives.*

Après tout ce que nous venons de dire, il ne nous paraît pas nécessaire de discuter la question de savoir s'il existe des impulsions autonomes, indépendantes de tout autre état morbide, c'est-à-dire des psychoses purement impulsives, exclusivement caractérisées par telle ou telle impulsion. La théorie des monomanies, celle en particulier des monomanies impulsives, ardemment et longuement débattue au début du siècle à la fois par les philosophes, les magistrats et les médecins, a fait son temps ; elle est maintenant partout abandonnée, grâce aux efforts de Falret, père et fils, de Motet, de Foville, de Magnan et de tant d'autres, et il n'est plus personne aujourd'hui pour soutenir à cet égard, dans toute sa rigueur, la doctrine intégrale d'Esquirol.

Les impulsions ne sont plus regardées, à juste titre, que comme de simples symptômes ou plus exactement comme des syndromes susceptibles de se manifester dans un grand nombre d'états psychopathiques, et affectant, dans chacun d'eux, des caractères différents.

Les impulsions étudiées, comme nous venons de le faire, en tant que syndromes, dans leurs principales formes cliniques, nous devons donc pour compléter ce qui a trait à leur description, dire un mot maintenant de leurs rapports nosologiques, c'est-à-dire de leur nature et de leur physionomie habituelles dans

les maladies mentales auxquelles elles se rattachent le plus fréquemment.

Cette revue sera des plus brèves, car un certain nombre des indications qu'elle comporte ont été nécessairement signalées et touchées au cours des paragraphes précédents.

V. — *Les impulsions dans les principaux états psychopathiques.*

Dégénérescence. — La fréquence des impulsions, dans les états de dégénérescence, est extrême, et leur importance y est capitale. Capitale à ce point qu'on peut dire sans crainte de se tromper que ce qui caractérise essentiellement la dégénérescence, ce qui lui donne son empreinte et en constitue le stigmate essentiel, c'est l'*impulsivité*.

Cela est si vrai que, mieux que tout, l'impulsivité pourrait servir à classer et à catégoriser les divers degrés de la dégénérescence.

Au degré le plus inférieur, chez l'idiot et l'imbécile complet, l'impulsivité est à son comble et le processus volitionnel est réduit au réflexe purement mécanique ou à peu près.

Au degré moyen, c'est-à-dire chez le dégénéré proprement dit, l'impulsivité est moins sommaire et elle s'accompagne, dans une mesure plus ou moins grande, d'idée, de conscience, d'émotion, de souvenir, mais elle n'en est pas moins fatale et brutale.

Au degré le plus haut de l'échelle, chez les dégénérés supérieurs représentés par les déséquilibrés, les névropathes, les obsédés, l'impulsivité est surtout

psychique et se manifeste par de l'instabilité mentale, de l'aprosexie, de l'aboulie, des tics, des tendances obsédantes contre lesquelles le sujet lutte, mais non toujours victorieusement.

Si bien que les trois degrés cliniques de la dégénérescence correspondent exactement, comme on le voit, aux trois degrés que nous avons admis dans la division des impulsions.

Nous ne saurions donc trop insister sur ce point, si incontestablement établi par MAGNAN et ses élèves, que l'impulsion est étroitement liée à la dégénérescence.

Bien que variable d'intensité et de degré, dans la dégénérescence, l'impulsion y affecte néanmoins des caractères communs, représentés, dans leur ensemble, par une sorte d'impulsion type : l'impulsion plus ou moins irrésistible, avec lucidité, conscience et souvenir. Ce n'est que dans les infirmités tout à fait graves que les malades obéissent aveuglément aux incitations qui les poussent, sans se rendre compte de ce qu'ils font et sans en garder la mémoire.

Quant aux formes cliniques de l'impulsion, elles peuvent toutes se rencontrer, sans exception, dans la dégénérescence.

Aux dégénérés supérieurs appartiennent de préférence les impulsions psychiques, les obsessions impulsives avec toutes leurs variétés. Aux dégénérés moyens, les impulsions plus graves : impulsions toxicomaniaques, sexuelles, au vol, au suicide, à l'homicide, etc. Aux dégénérés inférieurs enfin, les impulsions instinctives à l'incendie, au vol, à l'homicide, au viol, à l'assassinat sexuel, etc.

Deux tendances morbides doivent être signalées particulièrement chez les dégénérés moyens et inférieurs : l'*homicide familial* et les horribles perversions sexuelles qui ont nom bestialité, violation des cadavres, vampirisme.

L'homicide familial s'explique, chez ces sujets, à la fois par leur *impulsivité* et par leur *inaffectivité*. Il revêt surtout la forme du *parricide* qui est essentiellement, ainsi que l'un de nous l'a montré dans un récent travail [1], confirmé depuis [2], un crime de dégénéré.

C'est aussi un crime de dégénéré et de dégénéré plus inférieur encore, que celui de la nécrophilie et du vampirisme. Presque tous les sujets atteints de cette monstrueuse aberration étaient des idiots ou des imbéciles confirmés. Seul le sergent Bertrand, bien qu'héréditairement taré, lui aussi, était d'un niveau intellectuel plus élevé ; aussi sa perversion impulsive, mélange de masturbation, d'amour du cadavre et de sadisme, offrait-elle quelque chose de plus psychique, de plus obsédant et de plus paroxystique [3].

Epilepsie. — Après les dégénérés, les épileptiques sont certainement, de tous les malades, les plus impulsifs.

1. E. Régis, *A propos du parricide*. Revue de psychologie clinique et thérapeutique, juin 1901.

2. Asselin, *Le Parricide ; étude médico-légale*. Thèse de Bordeaux, 1901-1902.

3. Lunier, *Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive ; affaire du sergent Bertrand*. Annales médico-psychologiques, 1849.

Cette spontanéité impulsive des épileptiques, qui a été notée de tout temps et sur laquelle tous les auteurs ont justement insisté, a été particulièrement mise en lumière par M. PARANT, dans son très intéressant rapport au Congrès de Bordeaux [1], où il a successivement étudié les impulsions irrésistibles liées aux manifestations convulsives de l'épilepsie essentielle et jacksonienne et les impulsions irrésistibles indépendantes des attaques convulsives (épilepsie larvée — épilepsie mentale — équivalents épileptiques).

Les impulsions que l'on observe le plus fréquemment, chez les épileptiques, sont : les attentats et violences contre les personnes, y compris l'homicide ; les auto-mutilations et le suicide ; le vagabondage et l'automatisme ambulatoire ; les vols ; les incendies ; les outrages et les attentats publics à la pudeur, etc.

Plus encore que celles des dégénérés, les impulsions des épileptiques portent la marque de l'état pathologique dont elles relèvent. Soudaineté d'apparition ; violence aveugle et brutale ; rapidité et brièveté ; inconscience automatique ; amnésie ; réitération similaire, intermittente ou même périodique, tels en sont les caractères.

Une impulsion se présentant avec ces attributs appartient à l'épilepsie.

Mais il n'en est ainsi que pour les impulsions liées aux accès d'épilepsie, ou les constituant elles-

1. V. PARANT, *Les impulsions irrésistibles des épileptiques*. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895, et O. Doin, Paris, 1896.

mêmes (phases præ et post-convulsives, épilepsie mentale, équivalents épileptiques). Les impulsions étrangères aux accès, convulsifs ou délirants, sont loin de présenter au complet ce tableau symptomatique ; quelquefois même, elles ressemblent plus ou moins aux impulsions vulgaires.

Les stigmates considérés comme les plus essentiels des manifestations épileptiques : inconscience et amnésie, ne seraient même pas constants dans les impulsions des accès épileptiques, si l'on s'en rapporte à certains faits publiés, dans ces dernières années, en particulier à ceux contenus dans la thèse de Ducosté [1].

Quoi qu'il en soit, ainsi que le dit fort bien M. Parant, du moment où l'amnésie est presque constante à la suite des impulsions épileptiques et que, dans la presque généralité des cas, elle est absolue, complète, réelle, il n'y a évidemment pas lieu, à cause des exceptions, d'en méconnaître la valeur. Des exceptions ne sont pas de nature à infirmer une règle. Et Sollier dit aussi [2] : « L'amnésie simple est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que ce paroxysme se présente, que, lorsqu'on la constate, on doit immédiatement y songer. Elle a une importance toute particulière dans l'épilepsie larvée et sa constatation en présence d'un acte insolite, doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie. »

1. Ducosté, *De l'épilepsie consciente et mnésique, en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient.* Thèse de Bordeaux, 1899.

2. Sollier, *Les troubles de la mémoire*, Paris, 1892.

Hystérie. — L'impulsion, dans l'hystérie, est aussi polymorphe et aussi variable que la plupart des autres symptômes.

Elle peut s'y présenter sous le type : conscient, *subconscient,* inconscient, mnésique, hypomnésique, amnésique ; obsédant, automatique, instinctif.

De même, elle peut y revêtir une quelconque des nombreuses formes et variétés signalées plus haut, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves, depuis l'acte simplement excentrique jusqu'aux pires attentats. Quelques-unes, sans lui être exclusives, s'y rencontrent assez fréquemment, comme ces décharges psycho-musculaires appelées *tics*.

L'hystérie donne aussi son empreinte à la plupart des impulsions, qu'elle accommode, agrémente, orne et complique à sa façon, souvent caractéristique.

Pourtant, la question s'est posée de savoir si l'impulsion chez les hystériques, en particulier l'impulsion perverse, n'était pas dans bien des cas attribuable à la dégénérescence qui l'accompagne. C'est là, notamment, l'opinion de notre savant ami M. Ballet[1].

Il est certain : d'une part que l'hystérie se trouve couramment associée à la dégénérescence ; d'autre part, que les impulsions sont fréquentes dans cette association. La catégorie la plus nombreuse d'inculpés que nous avons eue à examiner, dans notre carrière d'experts, est celle des dégénérés hystériques[2]. Le plus souvent, il s'agissait d'impulsions.

1. Ballet, *Rapports de l'hystérie et de la folie*. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes, Clermont-Ferrand, 1894.

2. Pareau, *Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal*. Thèse de Bordeaux, 1899.

Mais quel est, des deux états morbides, celui qui déterminait les impulsions? l'hystérie ou la dégénérecesnce?

Nous croyons, en ce qui nous concerne, que chacun d'eux pouvait revendiquer sa part d'influence, attendu que les actes incriminés rappelaient par leur nature, leurs particularités, les uns la névrose, les autres la dégénérescence, quelques-uns même à la fois les deux. Il nous semble cependant que la dégénérescence constituait, dans l'espèce, le facteur prépondérant, car la fréquence et la gravité des délits ou des crimes variaient surtout en raison directe de l'élément dégénératif.

Alcoolisme. — Les impulsions sont très fréquentes dans l'alcoolisme. Elles doivent être envisagées séparément dans les accès de délire et en dehors des accès.

Les impulsions qui surviennent au cours des *accès délirants* et qui sont les véritables impulsions alcooliques sont le résultat direct du délire. On sait que le délire alcoolique est un délire essentiellement *onirique,* c'est-à-dire un rêve en action. Les malades vivent leur cauchemar et, pénétrés de la réalité des scènes qu'il fait naître, se livrent à toutes sortes d'actes impulsifs en rapport avec ces fictions.

L'un frappe sa femme, tranquillement couchée auprès de lui, la prenant pour une bête féroce, pour un ennemi ou s'imaginant la voir aux bras d'un amant; un autre tue un passant inoffensif, qu'il croyait le poursuivre ; un autre se jette à l'eau ou se précipite d'une croisée quelconque pour échapper à ceux qui le traquent; un autre enfin accourt hale-

tant devant la police pour s'accuser d'un soi-disant crime qu'il vient de commettre.

En un mot, sous l'influence des illusions dont ils sont le jouet, les alcooliques exécutent de nombreux actes qui révêtent souvent le caractère impulsif. Ces impulsions sont habituellement rapides, violentes, accomplies, comme des impulsions hystériques, dans la subconscience de l'onirisme et, revenu à lui, le malade en a un souvenir plus ou moins confus. Quelquefois, cependant, l'amnésie est complète.

Dans l'*alcoolisme chronique* on peut aussi, en dehors de tout accident délirant, observer des impulsions. Ces impulsions ont alors une origine et un caractère différents. Elles proviennent de l'affaiblissement intellectuel et moral produit à la longue par l'intoxication, en particulier par la diminution progressive de la volonté. Aussi ressemblent-elles aux impulsions des cerveaux invalides, c'est-à-dire à celles des débiles et des déments. Ce sont des vols à l'étalage, des exhibitions obscènes, des viols, des crises paroxystiques de fureur et de violences.

Les impulsions de l'alcoolisme représentent le type des impulsions dans toutes les intoxications. On peut donc en rapprocher les impulsions du morphinisme, du haschischisme, etc., ainsi que celles des psychoses auto-toxiques et infectieuses. Elles ressemblent aussi aux impulsions des états seconds, ressemblance qui s'explique par le fait que le délire alcoolique ne serait lui-même, comme tout délire toxique, qu'un état second[1].

1. E. Régis, *Le délire onirique des intoxications et des infections*. Académie de médecine, 7 mai 1901.

Démence. Paralysie générale. — Tous les états de démence, quels qu'ils soient, en affaiblissant les facultés intellectuelles et morales, déterminent une tendance aux impulsions. On la rencontre dans la démence sénile et dans la démence organique sous forme de vols, d'obscénités, de suicides, et surtout dans la paralysie générale ou démence paralytique.

Les impulsions, dans la *paralysie générale*, se manifestent surtout au début, dans la période justement appelée, pour ce motif, période médico-légale [1]-.[2] C'est là qu'elles ont vraiment de l'intérêt et de l'importance car, dans les périodes ultérieures, elles deviennent à la fois plus rares et plus manifestement pathologiques [3].

Durant la phase prodromique, les impulsions, dans la paralysie générale, traduisent l'excitation psychomotrice du cerveau. Elles consistent soit en explosions violentes mais passagères de colère, soit en propensions irrésistibles à la marche, à la boisson, à la salacité, au vol.

Ces impulsions au vol sont, pour ainsi dire, caractéristiques. Ce sont des actes d'enfant, naïfs, absurdes, ridicules, imprévoyants. Tentés par un objet quelconque qu'ils aperçoivent sur leur route, les malades s'en emparent aussitôt, sans presque se cacher

1. LEGRAND DU SAULLE, *Étude médico-légale sur la paralysie générale*, 1866.

2. KOVALEWSKY, *La paralysie générale au point de vue médico-légal*. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, décembre 1898.

3. FORTINEAU, *Des impulsions au cours de la paralysie générale* Thèse de Paris, 1885.

et vont quelquefois jusqu'à l'emporter ostensiblement avec la candeur de l'innocence et comme s'ils accomplissaient l'acte le plus naturel.

Nous recevions il y a quelque temps, dans notre cabinet, un paralytique général au début. L'ayant fait passer un instant dans une pièce voisine, pour expliquer à sa femme ce dont il s'agissait, nous le retrouvâmes bientôt, les poches pleines à déborder, de tous les objets qu'il avait pu trouver : porte-plumes, crayons, encriers, presse-papiers, calendriers, livres de médecine, échantillons de médicaments, etc., et tenant encore dans chaque main un petit tableau. On eût dit un déménageur. Il revint ainsi chargé, l'air souriant, et se laissa dépouiller avec la plus grande facilité.

Ces impulsions existent dans toutes les formes de paralysie générale. Dans les formes délirantes, on peut nécessairement observer en plus des impulsions en rapport avec la nature du délire, c'est-à-dire des impulsions de mégalomaniaque, de mélancolique, ou de persécuté, toutes marquées du reste au coin de la démence, caractéristique de la maladie.

Vésanies. — Toutes les grandes vésanies : manie, mélancolie, folies systématisées, ont leurs impulsions.

Dans la *manie*, les impulsions sont des réactions motrices violentes, habituellement subites, c'est-à-dire aussitôt exécutées que conçues et se traduisant principalement par des actes de destruction, plutôt que par des attentats contre les personnes. Plus l'état est aigu, plus ces impulsions sont soudaines, imprévues, multiples, furieuses. La manie aiguë est, pour ainsi dire, un état perpétuel d'impulsion.

Dans l'*excitation maniaque,* en particulier dans l'excitation maniaque des psychoses cycliques ou de l'hystérie, l'impulsivité est moins violente, mais elle n'en est que plus dangereuse, en raison des tendances tout à fait malveillantes qui y existent presque toujours.

La *mélancolie* agitée, anxieuse, panophobique, se traduit extérieurement par des actes impulsifs incessants, marquant l'inquiétude, le tourment, la frayeur : tels que tics, exclamations, fugues, auto-mutilations, etc. Mais il peut y avoir aussi des impulsions dans la mélancolie à type dépressif et jusque dans la mélancolie avec stupeur, sous forme de décharges brusques, de raptus subits vers la violence et surtout le suicide [1].

Dans les *folies dites systématisées*, les impulsions sont relativement plus rares. Non pas que les malades qui en sont atteints soient moins portés à des actes dangereux, au contraire ; mais parce que ces actes dangereux sont le plus souvent prémédités, mûris, délibérés, voulus, pour des motifs délirants il est vrai, mais voulus néanmoins et, par suite, n'ayant point le caractère des actes impulsifs.

Il peut y avoir cependant des impulsions dans les folies systématisées. En général, alors, ces impulsions sont le résultat d'hallucinations impératives de l'ouïe. Il en est ainsi, notamment, dans le délire de persécution et dans le délire mystique. Le persécuté entend une voix qui l'injurie ou qui lui désigne son soi-di-

1. ROUBINOVITCH et TOULOUSE, *La mélancolie*, p. 124, Paris, 1897.

sant ennemi : aussitôt, obéissant à une réaction instantanée, involontaire, il frappe, souvent le premier venu. Le mystique entend la voix de Dieu qui lui ordonne de se frapper, de frapper sa femme ou son enfant, de frapper tel ou tel, dans un but religieux quelconque : sans hésiter, sans réfléchir, il obéit, comme mû automatiquement par cet ordre d'en haut.

CHAPITRE III

I. Étiologie. — II. Diagnostic. — III. Marche et durée. — IV. Pronostic. — V. Traitement. — VI. Médecine légale des impulsions. — VII. Rapports médico-légaux sur quelques cas d'impulsions.

I. — *Étiologie.*

Les impulsions n'ont pas, à proprement parler, d'étiologie spéciale et leurs causes se confondent avec celles de l'aliénation mentale, en particulier avec celles des états psychopathiques auxquels elles se lient.

Ce qu'on peut dire, c'est que l'impulsivité, c'est-à-dire la tendance au retour vers le réflexe élémentaire, marquant une infériorité psychique de l'individu, innée ou acquise, elle relève surtout des facteurs qui engendrent cette infériorité, *dégénérescence* ou *démence*.

Or, les grands facteurs de la dégénérescence et de la démence sont, cela est avéré aujourd'hui, les troubles de nutrition de l'organisme. Ce sont donc surtout les intoxications et les infections qui les provoquent, soit directement, soit par voie héréditaire et, parmi elles, en tête, l'alcoolisme et la syphilis. C'est ce que faisaient ressortir encore dans de récents et

intéressants travaux M. Bourneville[1] et M[lle] Louise Robinovitch[2], à propos de l'imbécillité et de l'idiotie.

On peut même faire à cet égard une constatation curieuse : c'est que les intoxications donnent lieu bien plus que les infections à des troubles cérébraux accompagnés d'impulsions. Que l'on compare, par exemple, chez l'individu même, les psychoses alcooliques et les psychoses syphilitiques : les impulsions sont incomparablement plus fréquentes dans les premières que dans les secondes.

Et cette différence se poursuit, en s'accusant davantage encore peut-être, dans la descendance. La descendance des syphilitiques peut atteindre tous les degrés de l'échelle dégénérative, jusqu'à l'idiotie ; mais ses représentants sont beaucoup moins portés aux réactions violentes, dangereuses, que les hérédo-alcooliques. C'est parmi ceux-ci que se recrute, assurément, la majeure partie de l'armée du crime et, en particulier, les précoces criminels de l'heure présente qui attirent si justement l'attention des magistrats et des médecins (P. Garnier).

Notre ami le D[r] Jules Morel, de Mons, a rapporté tout récemment à cet égard, des statistiques précises et intéressantes. Il résulte de ces documents que : 1° sur 168 récidivistes n'ayant subi que de petites condamnations, 89, dont 19 âgés de 18 à 30 ans, étaient adonnés

1. Bourneville. *Rôle de la syphilis, de l'alcoolisme et des professions insalubres des parents dans l'étiologie de l'idiotie*. Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Limoges, août 1901.

2. M[lle] Louise Robinovitch. *Idiot and imbecile children; various causes of idiocy and imbecility*. The journal of mental pathology, New-York, 1901, n[os] 1 et 2.

aux excès alcooliques et 57, dont 20 également âgés de 18 à 30 ans, avaient un père ou une mère ivrognes ; 2° que sur 158 récidivistes ayant subi des condamnations à cinq ans et plus, 92, dont 46 âgés de 18 à 30 ans, avaient fait des excès alcooliques et 55, dont 39 également âgés de 18 à 30 ans, avaient des parents adonnés à la boisson[1].

En parlant de l'action si évidente de l'hérédité, dans la genèse de l'impulsion, il ne faut pas omettre de rappeler que cette hérédité peut se manifester sous une forme identique. C'est ce que l'on observe par exemple dans l'impulsion héréditaire au suicide, homologue et même homocrone dans certaines familles et aussi, très souvent, dans l'impulsion à boire.

Un point tout particulièrement intéressant de l'étiologie des impulsions est celui relatif à l'influence de la *contagion* et de l'*imitation*.

Nous avons déjà signalé, à propos de la tendance au suicide et aux perversions sexuelles, la possibilité pour ces impulsions de se manifester simultanément ou de proche en proche, chez plusieurs individus. Nous croyons devoir revenir à nouveau ici sur ce fait parce qu'il éclaire d'un jour spécial la genèse d'un certain nombre de crimes commis en commun.

Sans entrer dans des détails qui ne sauraient trouver place ici, disons seulement que ces impulsions par contagion ou suggestion peuvent, tant au point de vue psycho-pathologique que médico-légal, être

1. Jul. MOREL, *La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste*. Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle, Amsterdam, août 1901.

classées en deux catégories : 1° celles qui, sous l'influence d'un même trouble mental, sont exécutées par deux individus seulement ou par les membres d'une même famille, d'un même milieu restreint (impulsions à deux, impulsions familiales) ; 2° celles qui sont exécutées par des groupements plus étendus, des collectivités réunies fortuitement (crimes des foules).

Les premières rentrent, à un degré plus ou moins marqué, dans la grande classe des *folies à deux*. Comme les folies à deux, elles peuvent se produire soit par action d'un individu sur un ou plusieurs autres (délire communiqué de Lasègue et Falret, délire d'imitation de Pronier), soit par action réciproque de l'un sur l'autre ou les autres (délire simultané de Régis. Ces types d'impulsions en commun, mais à sphère restreinte et intime, sont représentés par certains suicides à deux ou à plusieurs chez des amants désespérés ou déséquilibrés, des pessimistes, des mélancoliques, ainsi que par certains homicides en collaboration, crimes de famille pour la plupart, par exemple le parricide. « Le parricide par cupidité est celui de paysans âpres au gain, intéressés, supportant impatiemment l'obligation d'une rente à payer aux vieux parents ou simplement de les nourrir et qui, l'*homme souvent poussé par la femme et s'exaltant l'un l'autre par degrés,* en arrivent, après l'avoir accablé d'injures et de privations, à se débarrasser enfin (souvent dans un moment d'entraînement impulsif) de l'inutile et gênant aïeul[1]. »

1. E. Régis. *A. propos du parricide,* loc. cit.

Les impulsions de la seconde catégorie, *les crimes des foules,* bien qu'au fond du même ordre, méritent une mention à part, par les conditions toutes spéciales dans lesquelles elles naissent et s'exécutent aussi bien que par les graves conséquences, quelquefois d'ordre social, qu'elles entraînent. Elles ont été savamment étudiées dans ces dernières années et le sont encore, car la question est toute d'actualité, par Scipio Sighele, Fournial, Tarde, Gustave Le Bon, Nina Rodrigues, etc.

Ces grands mouvements impulsifs nous semblent soumis dans une certaine mesure, eux aussi, aux causes provocatrices habituelles de toute folie à deux et il est certain que parmi eux, les uns sont de véritables impulsions *communiquées* par influence suggestive des *actifs* aux *passifs,* des *meneurs* aux *menés,* tandis que les autres sont des impulsions beaucoup plus soudaines, spontanées, nées pour ainsi dire brusquement et *simultanément* dans « l'*âme des foules* », sous l'influence d'une émotion commune.

Dans les deux cas, la contagion est d'autant plus rapide, d'autant plus intense, d'autant plus violemment extériorisée que les impressions, dans une foule, semblent, comme l'ont bien vu Sighele et Tarde, se totaliser et se décupler en proportion du nombre des individus qui la composent. Pris isolément, ces individus sont calmes et inoffensifs; agglomérés, la moindre étincelle suffit à les enflammer et à les porter aux pires actions.

D'autre part, cela est frappant dans les crimes des foules, le rôle prépondérant sinon dans l'inspi-

ration au moins dans l'exécution est joué par les faibles, ou pour mieux dire, par les plus excitables et les plus impulsifs : les déséquilibrés et les femmes.

Enfin l'impulsivité, dans les réactions des foules, tourne facilement non seulement à la cruauté extrême, raffinée, mais encore et surtout, au *sadisme*. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler dans leurs détails certains drames comme ceux de l'assassinat de l'ingénieur Watrin, mutilé de façon atroce, lors de la grève de Decazeville, et surtout les scènes inoubliables de flagellations et de violences sexuelles publiques sous la Révolution, que vient de reproduire en détail le Dr Quercy[1].

II. — *Diagnostic.*

Le diagnostic des impulsions comprend plusieurs éléments. Le premier consiste à distinguer la tendance impulsive des autres tendances psychopathiques. Il faut se garder en effet, et c'est là une erreur commune, de confondre dans le cadre des impulsions la plupart des actes des aliénés. Tous ces actes ne sont pas, tant s'en faut, des actes impulsifs. Beaucoup sont prémédités, préparés, voulus, froidement et énergiquement accomplis, en un mot d'origine pathologique mais de processus normal. Le terme impulsion doit donc être réservé aux seules tendances qui se présentent avec les attributs propres à l'impulsion et que nous avons indiqués plus haut, à

1. Dr Quercy. *La pathologie de la Révolution*. La médecine internationale illustrée, 1901.

celles, en particulier, qui s'exécutent en dehors de la volonté ou malgré elle et de façon impérieuse ou même irrésistible. Hors de là, il n'y a point d'impulsion.

Reste à distinguer les impulsions suivant les états morbides auxquels elles se rattachent, et ce n'est pas là le côté le moins intéressant de leur diagnostic. En clinique, en effet, tout état morbide donne son cachet particulier aux symptômes qui en dépendent. Il en est ainsi et surtout, peut-être, des impulsions, ainsi que nous l'avons vu en parlant de leur séméiologie. Les impulsions de la dégénérescence, de l'épilepsie, de l'hystérie, de la démence ont, dans leur ensemble, un type distinct.

Ce cachet d'origine peut n'avoir qu'une utilité pratique relative lorsque la maladie fondamentale est évidente. Mais lorsque, ce qui arrive parfois, elle est plus ou moins masquée et que le diagnostic doit être fait par l'examen de la seule impulsion, c'est-à-dire lorsqu'il faut remonter de l'impulsion à l'état morbide sous-jacent, il acquiert une valeur de premier ordre. Cela est surtout vrai lorsqu'il s'agit de différencier une impulsion d'épilepsie non convulsive d'une impulsion de dégénérescence ou d'hystérie. M. Parant, dans son excellent rapport déjà cité, a insisté tout spécialement sur ce point et montré que lorsqu'ils existent en bloc et forment un tout homogène, les caractères d'instantanéité, de rapidité, de violence, d'inconscience, d'amnésie, de périodicité de l'impulsion épileptique n'appartiennent qu'à elle et permettent de fixer l'opinion et d'asseoir un bon diagnostic.

Nous avons vu également à propos de la fugue que

ses particularités symptomatiques étaient le plus souvent assez typiques pour déceler la névrose originelle.

On voit, par ces exemples, combien il importe de préciser l'état morbide qui sert de base aux impulsions et sur quelles données il convient de s'appuyer, dans la pratique, pour aboutir à ce résultat.

III. — *Marche et durée.*

La marche des impulsions est en général rapide et leur durée courte. Mais il est clair que l'impulsion est d'autant plus rapide et plus brève qu'elle se rapproche davantage du réflexe élémentaire, d'autant plus lente et plus longue qu'elle appartient au domaine de l'impulsion psychique, avec ses processus et ses conflits cérébraux intermédiaires qui en amplifient et en compliquent d'autant l'évolution. Par là encore, la division psycho-pathologique des impulsions que nous avons admise se trouve justifiée. Aux deux extrêmes nons trouvons l'impulsion soudaine, instantanée de l'épileptique ou du maniaque, qui n'a que la durée de l'éclair, et, à l'extrémité opposée, l'obsession impulsive, qui peut durer des semaines, des mois et des années à l'état statique, dans un conflit perpétuel de forces opposées pour, finalement, aboutir ou n'aboutir pas à l'acte impulsif.

A propos de la marche et de la durée des impulsions, il faut aussi noter que ce phénomène est loin d'être toujours un incident isolé et unique. Il peut se renouveler, et se manifeste alors sous la forme inter-

mittente, rémittente, paroxystique, ou même par accès. C'est le cas, notamment, nous l'avons vu, de la dipsomanie, de la pyromanie, et de plusieurs autres impulsions obsédantes analogues.

IV. — *Pronostic.*

Le pronostic des impulsions est grave, en principe. Il est grave, l'impulsion étant le facteur principal des actes dangereux des aliénés, et son existence impliquant, nous l'avons vu, comme fondement, un état psychopathique généralement sérieux.

Ce pronostic varie donc à la fois avec la nature et l'intensité de la tendance impulsive et avec la maladie mentale à laquelle il se lie.

C'est ainsi que le pronostic de l'impulsion épileptique est doublement sombre : et parce qu'elle est le plus souvent violente, et parce que l'épilepsie, au moins dans sa forme essentielle, ne comporte guère de chances de guérison. Par contre, l'impulsion du maniaque est moins fâcheuse, ses effets se portant davantage sur les objets que sur les personnes et la manie étant des plus curables.

On peut ainsi, en se basant sur ce double élément, établir, au moins d'une façon approximative, le pronostic de l'impulsion.

V. — *Traitement.*

Le traitement des impulsions est extrêmement variable et il est impossible d'en tracer ici les règles, même à grands traits. Il varie en effet,

comme leur diagnostic et leur pronostic, suivant le type de l'impulsion et suivant son fondement pathologique.

Les deux seuls points dont nous croyons devoir dire un mot ici sont ceux relatifs à la *psychothérapie* et à l'*internement* dans les impulsions.

Nombre d'auteurs ont préconisé la psychothérapie comme traitement soit de l'impulsivité en général, soit de certaines propensions impulsives spéciales. Parmi eux, nous citerons surtout Aug. Voisin, Liégeois, Jules Voisin, Bérillon, Farez, Bonjour, von Schrenck-Notzing, Tokarski, Stradelmann, Bechterew, etc., qui ont eu recours à la suggestion hypnotique et d'autres, comme Hartenberg et Valentin, qui se sont adressés de préférence à la suggestion simple.

A un moment même, il a paru possible d'ériger ce mode de médication en méthode générale et de créer ainsi, suivant l'expression de Bérillon, une sorte d'*orthopédie mentale* [1], destinée à redresser les déviations intellectuelles et morales, en particulier les tendances impulsives des jeunes déséquilibrés, dégénérés et délinquants.

Il y avait là une véritable exagération. Que les dégénérés excentriques, obsédés ou impulsifs se trouvent bien d'une thérapeutique dans laquelle la suggestion, sous la forme et sous la dénomination plus exacte de *direction morale,* occupe une place

1. Bérillon, *Les principes de la pédagogie suggestive.* Revue de l'hypnotisme, 1897, et *L'hypnotisme et l'orthopédie mentale.* Rueff, Paris, 1898.

importante, cela n'est pas douteux. Nous sommes même d'avis que le traitement médico-psychologique ou médico-pédagogique, si excellemment mis en pratique en France par M. Bourneville, et exposé par Thulié dans son récent ouvrage [1], est le traitement de l'avenir pour ces malades et qu'il donnera les meilleurs résultats le jour où il sera vraiment organisé, sous la forme soit individuelle, soit collective.

Quant à la suggestion proprement dite et surtout à la suggestion hypnotique, nous ne pouvons que répéter avec plus de conviction que jamais au fur et à mesure que notre opinion se trouve confirmée à cet égard par l'expérience, que ce procédé n'est applicable qu'aux seuls obsédés impulsifs qui, en même temps que leur dégénérescence, présentent des dispositions hystéropathiques les rendant aptes à l'hypnotisation. Le dégénéré pur et le neurasthénique constitutionnel, c'est-à-dire une grande partie des impulsifs, ne sont pas hypnotisables.

Encore faut-il reconnaître que même chez les dégénérés hystériques accessibles à l'hypnose, la suggestion est loin de donner toujours des résultats entièrement et définitivement favorables. D'après notre pratique personnelle, les débuts du traitement sont en général parfaits et tout fait espérer un succès complet dans l'avenir. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, il survient à nouveau quelques anicroches, le malade se montre moins assidu aux

1. Thulié, *Le dressage des jeunes dégénérés*, Paris, Alcan, 1900.

séances, il se lasse, le médecin aussi parfois et finalement, après des hauts et des bas et des oscillations multiples, le sujet retombe définitivement. Nous avons suivi ainsi pendant plusieurs mois, même pendant plusieurs années, des dégénérés hystériques enclins aux impulsions auxquels nous appliquions méthodiquement le traitement par l'hypnose et chaque fois, les choses finirent, à la longue, par tourner mal. Le cas d'un de ces individus, kleptomane et dromomane, qui, après avoir paru s'améliorer, recommença la série de ses actes délictueux et disparut, se trouve relaté à la fin de ce chapitre. Un autre, également kleptomane et dromomane, dont l'un de nous a publié ailleurs l'observation, rechuta également et s'est, en fin de compte, suicidé [1].

En résumé, la psychothérapie, sous toutes ses formes, peut rendre de réels services dans le traitement des impulsions, mais il convient de ne pas s'en exagérer la valeur et de ne l'employer qu'à bon escient.

De par la nature même du phénomène qu'ils présentent, les impulsifs sont des malades essentiellement dangereux. L'*internement* s'impose donc le plus souvent pour eux, ne serait-ce que par mesure de sécurité. Cette nécessité de l'internement est évidemment d'autant plus impérieuse que l'impulsion elle-même revêt une forme plus violente, plus agressive, plus dangereuse et qu'elle offre un degré plus grand d'irrésistibilité.

1. E. Régis, *Kleptomanie et hypnothérapie*. Société de médecine de Bordeaux, 1896.

C'est dire qu'elle l'est beaucoup moins vis-à-vis des impulsions psychiques ou obsédantes, souvent platoniques, dans lesquelles la volonté reste encore, au prix d'efforts et de lutte, maîtresse du terrain et nous ne pouvons que renvoyer à cet égard à ce que nous avons déjà dit dans la première partie de cet ouvrage sur l'internement dans les obsessions.

Il y aurait peut-être à examiner ici la question de savoir si les aliénés impulsifs, non pas les impulsifs d'occasion, mais les impulsifs d'habitude, c'est-à-dire les aliénés réellement dangereux, pour ne pas dire criminels, devraient ou non être placés dans un asile spécial et être maintenus là jusqu'à preuve parfaite de guérison.

Notre opinion à cet égard est celle de la majorité des aliénistes de tous les pays. Nous estimons qu'au moment où l'hospitalisation des aliénés est en train de subir des modifications profondes dans le sens de l'accroissement de la liberté des malades, il devient plus indispensable que jamais de rendre ce progrès possible en séparant des autres les aliénés vraiment redoutables, susceptibles de faire courir des dangers permanents à la société. Nous pensons que l'asile de plus en plus ouvert pour les aliénés inoffensifs, doit avoir pour complément ou pour mieux dire pour contre-partie l'asile de sûreté pour les aliénés dangereux et criminels, soumis là aux dispositions spéciales proposées à leur égard par les projets modificateurs de la loi de 1838 et que M. le député Cruppi voudrait si justement voir détacher et voter, en raison de leur importance exceptionnelle, de l'ensemble d'une loi de réforme qui semble vouée depuis 22 ans à n'aboutir jamais.

Mais, en vertu du vieil adage que « mieux vaut prévenir que guérir », il serait préférable à tout d'attaquer le mal dans sa racine, c'est-à-dire, d'organiser l'*assistance* et l'*éducation* des dégénérés qui, nous l'avons vu, constituent la majeure partie des récidivistes impulsifs.

Cette question du traitement social du criminel-malade par la prophylaxie du dégénéré, fait actuellement l'objet de l'étude des criminologistes, médecins et magistrats, et elle a été parfaitement résumée dans l'intéressant rapport cité plus haut de Jules Morel, au Congrès de l'Anthropologie criminelle de 1901. Ce rapport conclut à la nécessité de placer les jeunes dégénérés, délinquants de l'avenir, dans des établissements médico-pédagogiques spéciaux, sur le type, à perfectionner, des maisons de réforme et de préservation déjà instituées à l'étranger, comme la *Reformatory d'Elmira*.

VI. — *Médecine légale.*

Tous ceux qui s'occupent spécialement de la médecine légale des aliénés savent qu'elle ne comporte pas de règles fixes, immuables, applicables à tous les faits du même ordre et qu'elle est, avant tout, une question d'espèce et de mesure. « Chaque cas particulier, a dit notre maître, M. Motet [1], doit être envisagé individuellement, sans parti pris, avec une indépendance absolue ; quand nous l'avons soumis à

1. Motet, Annales d'hygiène et de médecine légale, 1875, t. XLIV, p. 420.

une appréciation sévère, rigoureuse, c'est seulement alors que nous sommes en droit de le rattacher à des formes connues ». Et M. Parant rappelle très justement aussi ce mot d'un auteur qui a dit qu'en médecine légale il n'y avait pas de maladies, mais des malades.

Cela est vrai pour tous les états psychopathiques, et particulièrement pour les impulsions.

En principe, un individu qui commet un délit ou un crime sous l'influence d'une impulsion dominatrice est irresponsable, car il se trouve de façon évidente dans le cas prévu par l'article 64 du Code pénal, ayant été « contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Mais en pratique, les choses sont loin d'être aussi simples. Rien n'est en effet plus variable et plus contingent que l'impulsion, et il tombe sous le sens que l'épileptique qui frappe à l'aveugle sans savoir ce qu'il fait et sans se souvenir de rien et le simple névropathe tenté par un objet à l'étalage et qui se laisse aller à le dérober ne sauraient être absolument égaux devant la responsabilité. Aussi, ne suffit-il pas de constater et de prouver qu'un inculpé est atteint d'impulsion, serait-ce même de perversion sexuelle obsédante, pour le déclarer, avec M. Garnier, irresponsable par application logique de l'article 64. Il faut encore établir, conformément au texte même de la loi, si précise dans sa brièveté, qu'il s'est agi là d'une force à laquelle le sujet *n'a pu résister*.

C'est qu'en effet, nous l'avons vu maintes fois dans le cours de ce travail, l'impulsion est loin d'être toujours irrésistible. Elle peut souvent être combattue, et

parfois maîtrisée. Si bien que, en réalité, la responsabilité varie, dans l'impulsion, depuis l'irresponsabilité absolue jusqu'à la responsabilité complète, ou à peu près.

Le rôle de l'expert consiste donc à rechercher, dans le cas qui lui est soumis, non pas s'il y avait impulsion mais, étant donnée cette impulsion, si le sujet pouvait y résister, dans quelle mesure, et s'il l'a fait.

Montrer quel est le problème à résoudre, c'est en faire ressortir la difficulté. Il n'est pas possible en effet de mesurer de façon exacte, chez un individu, la valeur respective de chacune des deux forces, puissance et résistance, qui se sont trouvées, à un moment déterminé, opposées l'une à l'autre. La psychologie n'arrivera sans doute jamais à effectuer mathématiquement une telle mensuration.

Heureusement, ce n'est point une opération numérique de ce genre qu'on demande à l'expert. Ce qu'il doit établir, c'est si le malade a été entièrement dominé par son impulsion, ou s'il pouvait encore lui opposer une résistance, grande ou petite. Dans ces conditions sa tâche est possible, bien qu'encore des plus délicates.

Pour la remplir en conscience et la mener à bien, il doit tenir compte de tous les éléments qui entrent en jeu dans le cas qui lui est soumis.

L'impulsion d'abord : sa réalité, sa forme, son type psycho-pathologique, c'est-à-dire son degré d'irrésistibilité. L'état psychopathique sous-jacent ensuite : la nature de cet état, dégénérescence, démence, névrose, intoxication, son caractère de gra-

vité, l'intensité de son action désorganisatrice sur le moi et la volition, c'est-à-dire l'état de résistance du sujet.

Les complications enfin, telles que shock moral, crises convulsives et surtout alcoolisme qui peuvent momentanément changer la face des choses et achever de rompre un équilibre déjà instable, en faveur de la propension morbide.

C'est en procédant ainsi qu'on peut arriver, dans ce domaine si délicat qu'est la médecine légale des impulsions, à formuler des conclusions d'une précision scientifique suffisante pour servir de base à la décision des magistrats.

Pour bien faire ressortir les variations infinies de nuances auxquelles peut donner lieu, dans la pratique, l'appréciation de la responsabilité chez des inculpés impulsifs plus ou moins irrésistiblement dominés, nous relaterons ici, pour terminer, quelques rapports médico-légaux relatifs à des cas récemment passés sous nos yeux.

VII. — *Rapports médico-légaux sur quelques cas d'impulsions.*

1°

Exhibitionnisme. — Outrages publics à la pudeur. — Dégénérescence avec tics et actes impulsifs. — Responsabilité atténuée. — Condamnation avec bénéfice de la loi Bérenger. — Louis B... est un jeune homme de vingt ans, de bonne famille et bien élevé. Il a été arrêté sur la plainte des domestiques d'une maison située en face de celle qu'il habitait, pour s'être livré maintes fois, depuis un certain temps, à des exhibitions indécentes

et à des actes de masturbation dans des moments où des bonnes apparaissaient à sa vue.

Sur la demande des parents, qui ont déclaré le jeune homme faible d'esprit, nous avons été commis pour éclairer ce point par les magistrats chargés de l'instruction.

L'inculpé a dans sa famille certains précédents psycho et surtout névro-pathiques. Quant à lui, avec toutes les apparences d'une constitution des plus saines et des plus robustes, ce n'en est pas moins un sujet déjà touché par la dégénérescence, un déséquilibré.

Physiquement, nous relevons chez lui une conformation crânienne, anormale, avec exagération de la partie frontale et avancement prognathique du menton ; une profondeur excessive de la voûte palatine ; des stries dentaires.

Nous relevons aussi l'existence, au cou, de paquets ganglionnaires, surtout du côté droit, pour lesquels un traitement régulier aux eaux de Salies a été suivi.

Notons enfin, qu'il y a quatre ans, Léon B... a fait une chute de bicyclette accompagnée de perte de connaissance qui a notablement accentué des maux de tête déjà existants et qui se révèle encore sous la forme d'une cicatrice frontale apparente.

Au point de vue mental, les symptômes dégénératifs sont plus manifestes.

L'intelligence est très médiocre, le jugement mal formé, la mémoire vague, la volonté des plus débiles.

Il en résulte une insuffisance et une instabilité d'esprit qui n'ont pas permis jusqu'ici et qui ne permettront sans doute jamais à l'inculpé de rien faire de sérieux et de bien.

Mais il y a plus : les sujets de la catégorie du jeune Louis B... sont le plus souvent des *impulsifs,* c'est-à-dire des individus poussés malgré eux à des actes quelconques.

La domination exercée sur les forces qui nous sollicitent à agir est la condition essentielle de notre équilibre mental.

La prédominance de ces sollicitations sur la volonté est par contre la base même de la déséquilibration et son degré marque le degré de la désharmonie dégénérative : depuis le simple obsédé qui lutte intérieurement contre ses tendances impulsives au prix d'un effort douloureux et pénible, jusqu'au dégénéré inférieur qui leur obéit sans aucune résistance et pour ainsi dire automatiquement.

Or, Louis B... est sujet depuis l'enfance, mais surtout depuis l'époque de la puberté, à des manifestations impulsives, qu'il appelle des *manies*. Tout d'un coup, il se sent porté à exécuter tel ou tel acte, le plus souvent banal et vulgaire : tourner sur lui-même, porter la main à son nez, tirer sa chaussette, marcher sur tel endroit des pavés, toucher un mur, tapoter son paletot, etc... Et cela souvent un nombre de fois déterminé coup sur coup, trois fois, six fois, neuf fois, par exemple. Il a comme une sorte d'idée que s'il n'obéissait pas, il lui arriverait quelque malheur. S'il est seul, il réalise habituellement l'acte-tic sans essayer de s'y soustraire. S'il est en compagnie, il tente parfois de résister et si l'obligation est trop impérieuse, il se laisse aller en se dissimulant.

Il résulte de cela que, comme la plupart de ses congénères, Louis B... est un impulsif et qu'il se trouve placé à ce point de vue entre l'obsédé simple, dont la volonté est encore suffisamment active et qui ne succombe que rarement, et le dégénéré inférieur, chez lequel il n'existe plus ni volonté ni résistance.

Cette déséquilibration manifeste doit nécessairement se retrouver dans le domaine de la sexualité de l'inculpé et en particulier dans les actes délictueux qui lui sont repro-

chés. Masturbateur invétéré, incorrigible, il est souvent pris de l'envie de montrer ses organes génitaux, de se masturber devant les bonnes de la maison d'en face. Ces envies, ces sollicitations sont, dit-il, comparables à celles qui le poussent à accomplir les actes dont nous avons parlé. Parfois, suivant le moment, il s'exécute aussitôt ; d'autres fois, il essaie de se dominer, il marche dans la chambre et en sort même, mais dans certains cas, il est pour ainsi dire obligé de revenir.

Il ajoute que les faits qui lui sont reprochés ne sont pas contestables bien qu'exagérés, mais que « c'était plus fort que lui, qu'il était poussé, qu'il faisait ça comme ça, inconsciemment. »

Il dit encore que dans ces moments, il n'éprouvait ni honte ni remords, qu'il ne comprenait pas la portée de ses actes ; mais qu'aujourd'hui il s'en rend bien compte, qu'il est désespéré. Nous remarquons cependant que tout cela est dit avec une sorte de tranquillité et d'indifférence, et qu'au fond, il n'a pas une notion bien exacte, étant donnés son nom et le rang de sa famille, de la déplorable situation dans laquelle il s'est mis. Ses doléances et ses regrets portent bien plus sur le côté matériel que sur le côté moral de cette situation et il se plaint davantage des petites privations d'hygiène et de confort qu'entraîne son emprisonnement que de la grave déconsidération qui peut en résulter pour lui et les siens.

En dehors de ces particularités, nous n'avons trouvé chez l'inculpé ni délire, ni hallucinations, ni aucun des symptômes constitutifs de l'aliénation mentale proprement dite.

Nous concluons donc, ainsi qu'il suit :

1° Louis B... n'est pas atteint de folie. Mais c'est manifestement un déséquilibré à intelligence et à volonté faibles et sujet à des impulsions.

2° Dans ces conditions, sa responsabilité en général et en particulier vis-à-vis des faits qui lui sont reprochés, doit être considérée comme atténuée.

L. Lande. — A. Pitres. — E. Régis.

N. B. — B... a été condamné par le tribunal correctionnel à trois mois de prison avec bénéfice de la loi Bérenger.

2°

Abus de confiance. — Dégénérescence hystérique. — Impulsions à la fugue et aux vols. — Responsabilité très atténuée. — Condamnation avec application de la loi Bérenger. — Traitement par la suggestion hypnotique. — L'étude du dossier de l'inculpé est loin de lui être favorable : M... nous apparaît comme un jeune escroc, habile, roué, ayant commis depuis deux ans toutes sortes de méfaits dans lesquels rien, à première vue, ne trahit l'impulsion ou la maladie.

Un jour, par exemple (14 avril 1897), il se rend chez M. C..., arquebusier, achète une paire d'épées et donne l'ordre de les apporter tout de suite avec facture acquittée dans une maison garnie, qu'il indique, afin de les montrer à son père. La bonne de M. C... arrive bientôt après portant les épées. Dès qu'il la voit, M... s'écrie aussitôt : «Et mon fusil ? — Quel fusil ? répond la bonne. — Mais celui que j'ai commandé. Allez vite le chercher et laissez là les épées en attendant. » La bonne retourne au magasin et quand, après une courte explication avec son maître, elle revient, M... avait disparu avec les épées.

Une autre fois, le 2 septembre 1897, M... va louer chez M. V... une bicyclette et différents accessoires et, avec l'intention manifeste de le tromper, il signe le bulletin de location d'un faux nom suivi d'une fausse adresse.

C'est du reste pour cette affaire qu'il est poursuivi et que nous avons à l'examiner.

Il est évident que ce sont là des actes de pure escroquerie, si bien qu'on est tenté d'abord, à ne juger que par eux, de considérer M... comme un individu parfaitement responsable.

Mais l'impression change du tout au tout, si, au lieu de s'en tenir au seul examen des actes incriminés, nous envisageons la personnalité de leur auteur et les mobiles qui ont pu le guider dans leur accomplissement.

Et d'abord, M... appartient à une famille tarée au point de vue névropathique. Sa grand'mère maternelle qui, sur sept grossesses, eut six fausses couches, était une grande hystérique sujette à des attaques convulsives. Sa mère a eu également de 14 à 40 ans de nombreuses attaques hystériques. Elle est de plus bizarre, emportée. Elle tombe souvent, le jour, dans un état de rêvasserie somnambulique qu'elle ne distingue pas de la réalité et à la suite duquel, encore à demi hallucinée, elle a des colères impulsives.

M..., ainsi prédisposé par son origine, a de plus des antécédents personnels mauvais. Enfant, il a été atteint de convulsions. A 11 ans il a eu une fièvre typhoïde très grave qui s'est accompagnée pendant trois semaines d'un délire aigu.

Comme il arrive souvent chez les prédisposés, cette fièvre typhoïde a eu sur M... un effet déplorable. Enrayant son développement intellectuel et moral, elle l'a laissé débile d'esprit, incapable d'apprendre et de retenir, indolent, indifférent à tout, si bien qu'à 14 ans, au sortir de pension, il ne savait pas grand'chose et n'a pu se livrer depuis à aucun travail sérieux et régulier.

Mais tout ne s'est pas borné là. Bientôt deux tendances instinctives ont apparu chez lui ; d'une part le besoin impérieux, irrésistible, subit, de tout quitter à certains moments pour partir au loin, à l'aventure ; d'autre part,

le besoin de posséder, n'importe par quel moyen, tout ce qui éveillait son désir.

Les fugues accomplies par M... sont déjà très nombreuses. Un jour, sous un prétexte quelconque, il quitte sa mère au cimetière, court à sa chambre, jette au hasard quelque peu de linge dans une cage, se rend à la gare avec cette valise improvisée et bien que n'ayant pu prendre son billet que pour Tonneins, descend à Agen, sort en se faufilant par la gare des marchandises et s'empresse de louer une bicyclette sur laquelle il se promène jusqu'à ce que sa mère prévenue vienne le chercher.

A diverses reprises, il a ainsi échappé à sa famille, même enfermé, sortant par la fenêtre, rentrant par la cave et chaque fois, réussissant à louer une bicyclette, il s'en va au loin. En avril 1897, par exemple, ayant donné rendez-vous à un marchand au Parc bordelais, pour l'essai d'une bicyclette, il monte sur la machine, fait quelques tours tranquillement suivi de l'employé, puis tout à coup enfile une porte et disparaît à toute vitesse. Quelques jours après, il était arrêté à Royan et conduit de là d'abord à Marennes, puis à Bordeaux, au Fort du Hâ, d'où il sortit en liberté provisoire.

Il est certain que la bicyclette exerce sur M... une attraction particulière. Il a déjà loué ainsi, dans des conditions plus ou moins délictueuses, un assez grand nombre de machines avec ou sans accessoires, et s'il n'y a pas eu plus de plaintes contre lui, à ce point de vue, c'est que sa mère a désintéressé la plupart des plaignants.

Mais ce n'est pas la bicyclette elle-même qui passionne M... Ce qui l'attire en elle, c'est qu'elle est le meilleur instrument de ses fugues impulsives. Et ce qui le prouve, c'est que dans certaines circonstances il a usé d'autres moyens pour satisfaire son besoin pathologique de locomotion. Voici, par exemple, en quelques mots, le récit de sa deuxième escapade, très significative.

Le 20 septembre 1897, M... échappe comme d'habitude à sa mère, emportant quelques petites affaires dans un journal. Il prend le train jusqu'à Bayonne, descend dans un hôtel où il s'inscrit sous le nom de M. H... de Siluos, étudiant en médecine, loue une voiture et un cheval, se rend à Saint-Jean-de-Luz, perd son argent au casino, et là, arrêté sur la plainte du voiturier, est conduit à la prison de Bayonne. Après interrogatoire et semonce du magistrat instructeur, il est relaxé.

Sorti de prison avec l'intention de rentrer à Bordeaux, il ne tarde pas à rencontrer dans la rue un jeune homme qu'il connaît. Aussitôt ses bonnes résolutions s'évanouissent, il offre à son camarade une partie de promenade, loue deux chevaux et part avec lui. Le soir venu, son compagnon plus prudent ou plus raisonnable fait reconduire son cheval au loueur par un commissionnaire; quant à lui, il continue sa course, va toujours de l'avant sans s'inquiéter de rien et le surlendemain, il est arrêté à Saint-Pé par la gendarmerie qui le conduit de nouveau à la prison de Bayonne. Après une dizaine de jours de prévention, durant lesquels il casse tout, le magistrat le rend à sa mère qui s'engage à le faire examiner au point de vue mental.

Telle est la première tendance morbide de M... La seconde, désir irrésistible de posséder tout ce qui éveille son envie, n'est pas moins caractérisée.

Cette tendance, qui date déjà d'assez longtemps, s'est surtout accentuée, comme la première, depuis deux ans. M... est absolument comme un enfant. Lorsque quelque chose le tente, il faut qu'il l'ait, et comme il n'a pas d'argent, il l'achète sans payer. C'est ainsi que pendant un temps, il a amené chez lui un tas de chiens de toute race et de toute taille qu'il se faisait donner ou vendre et qu'il obligeait sa mère à nourrir. A une époque plus rapprochée, il s'est mis à accumuler des achats de trousses de

médecine, de boîtes de pharmacie de poche, de seringues de Pravaz, etc..., qu'il donnait ordre d'apporter chez lui. Il a acquis dans les mêmes conditions les objets les plus disparates, des épées, des bottes, des costumes, etc., etc.

Cette tendance se manifestait avec des caractères tels que sa famille ne s'était pas trompée sur sa nature et qu'elle l'avait, paraît-il, considérée comme pathologique. C'est ce qui résulte de la note publiée par elle dans la petite chronique du journal *La Petite Gironde* du 5 septembre 1897, à l'occasion d'une des fugues de M..., sous la rubrique : « Disparu. » Elle est ainsi conçue : « Un jeune homme d'une vingtaine d'années, faible d'esprit, a disparu depuis lundi de son domicile. Voici son signalement : taille $1^{m}75$, blond, portant les cheveux très longs et vêtu d'un complet de cheviotte noire. Ce jeune homme qui se présente très bien, a la *manie des achats*. Prière de ne rien lui livrer. Les personnes qui pourraient fournir des indications sur ce jeune homme sont priées de s'adresser rue X...

Chose curieuse et qui achève de donner à cette « manie d'achats » de M... son véritable caractère impulsif, c'est que non seulement il n'a jamais volé, au sens propre du mot, bien que cela lui eût été souvent facile, mais que jamais non plus, il n'a cherché à tirer un profit quelconque des objets dont il faisait l'acquisition frauduleuse. Le plus souvent, il les accumulait chez lui ou les donnait.

Les actes délictueux de M..., si manifestement coupables au premier aspect, ne sont donc en réalité, lorsqu'on les examine de près, que des actes impulsifs, émanés d'un débile d'intelligence et de volonté.

M... est en effet un dégénéré. Déjà prédisposé, nous l'avons vu, par son hérédité, il a été enrayé dans son développement mental, d'abord par des accidents cérébraux infantiles, ensuite et surtout par une fièvre typhoïde très grave. Depuis cette époque il est resté d'un niveau intel-

lectuel très inférieur, sans idées suivies, sans mémoire, sans jugement, d'une mobilité et d'une instabilité inouïes; très sensible, mais au fond indifférent à tout et sans affection, même pour les siens, incapable de bien ou de mal, impuissant à résister à un désir, s'amusant encore avec les enfants en bas âge. Avec cela, quelques stigmates physiques de dégénérescence : microcéphalie, malformation de l'oreille, myopie oculaire avec strabisme, etc.

Mais M... n'est pas qu'un dégénéré débile ; c'est aussi, comme sa mère et sa grand'mère, un hystérique. Il n'a pas comme elles de grandes attaques convulsives, mais il présente en revanche un grand nombre de symptômes de petite hystérie. Il est très émotif, très impressionnable, très peureux ; il est fréquemment sujet à la boule hystérique, au clou hystérique, à des accès de pleurs caractéristiques. Il a le mauvais sommeil, les rêves, les cauchemars des hystériques.

De plus, il tombe fréquemment, comme sa mère, surtout depuis 4 ans, dans des états de demi-somnambulisme, de subconscient diurne. Cela lui arrive surtout après les repas ou quand il est contrarié. Alors sa céphalalgie s'augmente, il s'isole et bientôt il reste immobile, les yeux ouverts, fixes, entendant vaguement ce qui se passe autour de lui, mais n'y répondant qu'une fois réveillé. Dans cet état de subconscience, c'est presque toujours des scènes de voyage qui se présentent à lui : il calcule, combine, suit un itinéraire dans tous ses détails. Nous n'avons pu savoir au juste si, ce qui arrive parfois dans ces cas, il exécute au réveil le voyage dont il a ainsi rêvé, mais ce qui est certain, c'est que c'est le plus souvent à la suite d'une de ces crises somnambuliques qu'il s'enfuit et, chose curieuse, il lui est arrivé, à maintes reprises, d'éprouver dans le cours d'une de ses fugues, en face d'un paysage nouveau pour lui, cette sensation si particulière qu'on appelle le « déjà vu ».

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il part, il a de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, du tremblement nerveux, mais tous ces symptômes se dissipent lorsqu'il est hors de portée. Le lendemain, il se sent isolé, a comme un regret de sa sottise, mais n'a pas la force de revenir.

M... est donc un dégénéré hystérique, dépourvu de toute volonté, de toute domination sur lui-même. Il obéit sans lutte, sans résistance aux désirs qui lui viennent et c'est ainsi qu'il part subitement, qu'il loue, qu'il achète, ne s'arrêtant à aucune objection, à aucun scrupule, employant ce qu'il peut avoir d'intelligence, de finesse et de ruse pour arriver à son but.

Il sait assurément, au moins dans une certaine mesure, qu'en agissant ainsi qu'il le fait, il agit mal ; mais il ne calcule rien, il est dominé par son désir. Aussi quelle que soit la conséquence de son méfait, qu'elle lui attire des réprimandes, des corrections, la honte ou même la prison, il n'en a cure : il recommence presque aussitôt, comme cela lui est arrivé à Bayonne. En réalité, il ne saurait se comporter autrement, étant le jouet de ses impulsions.

Nous concluons donc ainsi qu'il suit :

1° M... est un dégénéré hystérique avec grande débilité intellectuelle et morale, incapable de résister aux sollicitations impulsives dont il est l'objet.

2° Sa responsabilité pénale, sans être nulle, est cependant très atténuée.

Bordeaux, le 27 janvier 1898.

E. Régis.

Comme complément à ce rapport et à ces conclusions, nous pouvons dire que dans le double but de vérifier le côté hystérique de M..., mais surtout de tenter d'améliorer son état, nous avons commencé de le soumettre à

l'action de la suggestion hypnotique, pour essayer de le corriger de ses tendances impulsives.

Nous sommes parvenu, non sans peine, à le plonger dans un état d'hypnose légère, mais avec suggestibilité marquée et amnésie au réveil, et nous lui avons, en nous mettant autant que possible à l'abri de la supercherie, fait ainsi un certain nombre de suggestions curatives.

Nous ne savons ce que pourra donner chez lui ce traitement, car dans les états constitutionnels aussi marqués, la psychothérapie, pour amener des résultats durables, doit être longuement, patiemment, méthodiquement poursuivie durant des années. Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis deux mois, époque de nos premières suggestions, M... est manifestement changé : il est devenu doux, obéissant et, chose remarquable, ne s'est livré à aucune nouvelle fugue. Nous tâchons, en ce moment, de lui inspirer le goût du travail, d'une occupation régulière et suivie, totalement absent chez lui.

La cure est douteuse, mais il nous a paru utile de l'essayer, au moins pendant quelque temps [1].

3°

Désertion militaire par fugues impulsives. — Condamnation à 4 ans de prison par le conseil de guerre. — Auto-accusation délirante de meurtre. — Dégénérescence hystérique. — Examen mental. — Internement dans un asile d'aliénés. — Le nommé G... (Émile), âgé de 18 ans, est un soldat engagé du 144e de ligne, condamné en sep-

1. M... fut l'objet d'une condamnation légère, avec application de la loi Bérenger.

Après quelques mois, durant lesquels la suggestion hypnotique parut l'améliorer, le rendre plus stable, plus docile, plus laborieux, et le délivrer de ses tendances impulsives, il commença d'aller moins bien, renouvela ses escapades et, finalement, disparut.

tembre 1893 à quatre ans de prison pour désertion à l'intérieur et évacué de la prison sur l'hôpital militaire de Bordeaux pour y être mis en observation à raison de son état mental que nous avons examiné avec le médecin en chef, M. Challan de Belval.

Depuis son arrestation, en effet, G... a manifesté une attitude assez étrange. Indifférent à sa situation d'inculpé militaire et aux conséquences qui pouvaient en découler, il n'a eu, semble-t-il, qu'une préoccupation : se dénoncer et se faire reconnaître comme l'auteur de divers crimes de droit commun accomplis antérieurement, en particulier de l'assassinat d'un marchand de vins de la rue de la Gaîté, qui fit beaucoup de bruit à Paris il y a quelques années.

Ces aveux, formulés et maintenus avec la plus grande énergie, ont eu un certain retentissement dans la presse et ont provoqué une enquête de la part du parquet de Paris. Cette enquête a démontré de la façon la plus positive que G... ne pouvait être coupable du crime dont il s'accusait, attendu que ce crime avait été commis non au mois de septembre 1889, comme il le prétend, mais le 11 mars 1886, et qu'à cette époque G..., à peine âgé de *onze ans*, était interne dans le pensionnat des frères Saint-Nicolas de la rue de Vaugirard. Malgré l'évidence, G... a continué de soutenir qu'il en était réellement l'auteur.

C'est dans ces conditions que nous avons eu à l'observer et à l'examiner au point de vue mental. Cet examen, particulièrement délicat et que nous avons dû compléter par l'étude attentive du dossier et de divers autres documents, nous a finalement conduit aux résultats suivants, que nous résumons dans leurs points essentiels.

G... est, dans toute l'acception scientifique du mot, un *dégénéré*. Nous n'avons pu élucider d'une façon complète ses antécédents héréditaires, très probablement mau-

vais, mais nous savons qu'il a eu dans la jeunesse une fièvre typhoïde des plus graves qui a dû exercer une action fâcheuse sur son développement intellectuel.

Ce qui est certain, en tout cas, c'est que G... présente physiquement et psychiquement les stigmates classiques de la dégénérescence, en particulier : une asymétrie cranio-faciale croisée, diverses malformations osseuses et auriculaires et, avec une intelligence en apparence vive et subtile, un défaut d'équilibre complet des facultés.

Aux stigmates de dégénérescence se joignent divers troubles névropathiques (céphalalgies, pollakiurie, hyperhydrose), parmi lesquels des accidents nettement hystériques, tels que altérations de la sensibilité et crises convulsives dont une s'est déroulée sous nos yeux.

Cette déséquilibration mentale, véritable pierre de touche de la dégénérescence, qui consiste dans un défaut constitutionnel de proportion et d'harmonie entre les divers éléments intellectuels et moraux et se traduit par de l'instabilité, un manque absolu de suite dans la conduite de la vie, une difficulté plus ou moins complète d'adaptation au milieu social, souvent aussi par des idées fixes, des obsessions, des impulsions, se retrouve de la façon la plus nette chez G... Quoique très jeune encore, il a déjà fait plusieurs métiers sans s'attacher à aucun, sans se fixer jamais. Échappé de l'école où il n'a plus voulu retourner, il a été successivement commis de nouveautés, employé de banque, garçon coiffeur, restant à peine quelques semaines ou quelques mois dans chaque place que, satisfait ou non, il abandonnait un jour brusquement, par une sorte de besoin irrésistible de changement et de déplacement.

A certains moments, du reste, cette tendance à l'impulsion s'est manifestée chez lui sous une forme plus précise et plus grave, par exemple lorsque, étant garçon coiffeur, il était pris de l'envie, en rasant un client, de lui

couper *quelque chose.* « Cela. écrit-il lui-même, me fit réfléchir pendant longtemps, car je n'en voulais à personne et je me demandai ce qui pouvait bien me produire une pareille tentation. Je n'en parlai jamais, ça me semblait trop drôle ; j'y faisais attention sans y faire attention, comme d'une chose que je *ressentais instinctivement.* » Les faits de cette nature ne peuvent laisser place au doute et sont absolument confirmatifs de la dégénérescence mentale.

A côté de ces tendances impulsives, G... fait preuve également d'idées et de goûts anormaux. Très épris de liberté, du théâtre, du café-concert, de la vie de Paris, qu'il entrevoit à travers le prisme de son imagination malade, surtout dans ses vices et dans ses crimes, il s'est formé des êtres et des choses une conception bizarre, mélange de mysticisme, de fatalisme, de pessimisme, de naïveté et d'orgueil absurdes. C'est ainsi qu'à l'instar de beaucoup de dégénérés, atteints du délire du doute, il a été souvent hanté par des incertitudes morbides. « Je ne pus jamais, écrit-il, trouver quelque chose qui eût du sens, qui fût bien fondée, en qui je puisse puiser un peu de vrai. Pas plus à cette époque que plus antérieurement. Je vins même à douter du mot *patrie*, ne pouvant pas saisir ce qu'il pouvait bien définir. Quand je travaillais, je ne me rendais pas bien compte pour quoi je restais à telle place, pourquoi je faisais telle chose, ne trouvant que du vide dans tout. » — Et ailleurs : « Il faut vous dire que je n'ai jamais pu rien comprendre à la vie, et je ne vois pas ce que je fais en écrivant ainsi: je me demande pourquoi ça intéresse, je ne puis pas le comprendre. Moi, rien ne m'intéresse, je m'ennuie toujours, je sens du vide au fond de toutes choses. Vous ne pouvez pas vous douter combien j'ai réfléchi, combien je me suis creusé la tête pour trouver un but à l'existence. » Il croit aussi « que certains individus, soumis à un mau-

vais génie, planant sur leur tête, sont voués au vice et au crime ; que d'autres portent en eux une espèce de fièvre, n'ont pas de bonheur, ne réussissent presque jamais dans leurs affaires, mais n'ont pas de mauvais génie à chasser ; ils sont à plaindre aussi. D'autres enfin ont des peines de cœur, n'ont pas de caractère fixe, tournent, ne savent pas ce qu'ils veulent, sont malheureux toujours : bien entendu, ce sont ceux-là qu'il faut plaindre le plus. » Pour lui, sans indiquer nettement dans quelle catégorie il se range, probablement dans la dernière, il ne peut s'empêcher d'exprimer à plusieurs reprises cette idée « que tout ce qui est grand l'attire, autant le mal que le bien, qu'il trouve le mal beau et qu'il a rêvé souvent *de lui donner une certaine illustration* ». Cette espèce d'aveu, de profession de foi échappée aux indiscrétions de sa plume, a pour nous importance particulière, car c'est là sans doute qu'il faut chercher le mobile de l'auto-accusation actuelle, que G... ne veut ni avouer ni expliquer.

Incapable de travailler régulièrement et de gagner sa vie, G... est poussé par son père à s'engager. Il ne proteste pas, se laisse faire et signe, car il est sans volonté. Le jour fixé, on le conduit au train et il arrive à Bordeaux. Mais au lieu de se rendre à la caserne, poussé par on ne sait quoi, il s'installe à l'hôtel, y reste quelques jours et retourne chez ses parents. Son père cette fois fait le voyage avec lui et le présente à la caserne, où il reçoit d'un officier un accueil encourageant. Quelques heures après, G... repartait encore et regagnait Paris. Du 9 février 1893, époque de son entrée au corps, jusqu'au 27 août 1893, jour où il est déclaré déserteur, c'est-à-dire en six moix à peine, il s'est livré à cinq absences illégales, c'est-à-dire à *cinq fugues*, pour lesquelles il a été condamné à diverses peines, notamment à 60 jours de prison. Le reste du temps, il l'a passé presque tout entier à l'infirmerie.

Lors de sa dernière fugue, au moment où il a été arrêté comme déserteur, G..., porteur d'un revolver, tentait de pénétrer par escalade dans la maison de son père qui, d'après les documents versés au dossier, paraît redouter quelque mauvais parti de la part de son fils. Il faut noter que G... avait déposé une partie de ses effets militaires chez un cordonnier de Paris où on les a effectivement retrouvés sur ses indications. L'autre partie est restée introuvable malgré les renseignements qu'il a pu fournir.

Il est impossible de ne pas reconnaître, d'après le nombre et le caractère des fugues de G..., qu'en les exécutant il a agi comme il l'avait toujours fait jusqu'alors, en *impulsif*, cédant spontanément à la sollicitation du moment, incapable d'apprécier la portée de son acte et la gravité de son manquement à la discipline militaire.

S'il nous était permis de placer ici une réflexion d'ordre plus général, nous dirions que les dégénérés constituent une véritable plaie pour l'armée. *Engagés* pour la plupart, soit spontanément, soit sur l'intervention de leur famille, ils sont inaptes à supporter l'existence régulière, laborieuse et soumise du soldat. C'est parmi eux que se recrutent bon nombre des indisciplinés, des déserteurs, des délinquants qui alimentent la prison et le conseil de guerre, et qui sont d'un si fâcheux exemple pour leurs camarades.

Quant aux aveux criminels de G..., ils nous paraissent relever également de sa dégénérescence mentale. Nous avons dû nous demander tout d'abord si, en s'accusant ainsi, G... ne jouait pas un rôle, dans un but quelconque. Mais outre que le bénéfice qu'il eût pu retirer de cette façon d'agir est tout à fait problématique, il faut ajouter qu'à aucun moment G... n'a essayé de se poser en aliéné et qu'il s'est toujours énergiquement défendu d'être en proie à un délire quelconque, à des hal-

lucinations, à des symptômes de folie. G... n'est donc pas un simulateur, mais un malade qui, en se donnant comme un criminel et un assassin, a obéi non pas à un calcul, mais à une sollicitation morbide de son esprit.

Reste à rechercher quelle a été cette sollicitation. Ici, la solution est plus difficile et nous ne pouvons qu'indiquer les probabilités.

L'auto-accusation chez les aliénés, ainsi que cela a été démontré dans des travaux récents, s'observe surtout dans la lypémanie et dans la psychose alcoolique. Dans la lypémanie, elle est une des formes du délire de culpabilité ou criminalité imaginaires qui torture les malades et les pousse à s'accuser de forfaits horribles pour lesquels l'échafaud les attend. Dans la psychose alcoolique, elle est le résultat des hallucinations fantastiques qui déroulent aux yeux des sujets des scènes de meurtre, de pillage ou d'incendie qu'ils croient perpétrer eux-mêmes, et pour lesquels ils vont ensuite de bonne foi se dénoncer aux autorités. Il est de notion courante qu'à Paris, toutes les fois qu'un crime retentissant est commis, un certain nombre d'aliénés viennent s'en déclarer les auteurs et que, presque toujours, il s'agit soit de lypémaniaques, soit d'alcooliques.

G..., on peut l'affirmer, n'appartient pas à ces deux catégories de délirants : il ne présente en effet aucun des signes classiques de l'alcoolisme ou de la lypémanie.

Mais à côté de ces malades, il en est d'autres encore qui peuvent, parfois, s'accuser de forfaits imaginaires : ce sont, comme l'a fort bien indiqué le Dr Cullerre dans son rapport au congrès de médecine mentale de La Rochelle sur les *faux témoignages des aliénés devant la justice*, les dégénérés.

Chez les dégénérés, le point de départ de l'auto-accusation peut varier. Ce peut être, comme chez les hystériques, et cela a lieu surtout, par suite, chez les dégénérés

hystériques, un rêve devenu à ce point objectif qu'il persiste à l'état de veille et prend les caractères de la réalité. Ce peut être aussi une invention forgée de toutes pièces par le malade qui, sans y ajouter foi aucunement, cherche ainsi à se mettre en évidence pour acquérir à sa façon la célébrité.

C'est cette dernière hypothèse que nous croyons devoir retenir en ce qui concerne G..., car c'est celle qui répond le mieux à ce que nous connaissons de lui, de sa nature, de son tempérament, de ses idées antérieures, de son désir déjà ancien de donner au mal une certaine illustration. Nous pensons que G... sait parfaitement qu'il n'est pas coupable des méfaits dont il s'accuse et qu'en se donnant comme l'auteur d'un grand assassinat, il a obéi à une suggestion morbide de son cerveau déséquilibré, à l'envie de se glorifier dans le mal, sans calculer quelles pouvaient être les conséquences de son faux aveu, pas plus qu'il n'a calculé les suites possibles de ses nombreuses désertions. A certains moments même, pressé par nous, il ne s'est plus défendu que mollement et a presque reconnu qu'il en était ainsi [1].

1. Dès le lendemain de la rédaction et de la remise de ce rapport, G..., vaincu par nos sollicitations, écrivit au médecin en chef de l'hôpital militaire une longue lettre dans laquelle il donnait la clef de son auto-accusation. Il expliquait qu'à l'époque où le crime fut commis, on en parla beaucoup dans le quartier où vivaient ses parents. Son imagination fut frappée. Il avait toujours cela dans l'esprit. Il en vint à en rêver. « Des cauchemars me travaillaient la nuit. Je me mettais à la place de l'assassin, je voyais la victime me montrant son cou, me reprochant mon crime. Je me voyais moi-même dans un torrent de feu, hideux, le regard atroce. Je me réveillais en sueur, songeant au châtiment. Je voyais la Cour d'assises, l'échafaud. En un mot, je ne faisais que méditer sur ce sujet.

« Petit à petit je m'y habituai ; c'était pour moi comme un

En résumé, nous croyons pouvoir conclure de la façon suivante :

1°. — G... est un dégénéré atteint de débilité mentale avec déséquilibration intellectuelle et psychique, accidents hystériques et tendance aux impulsions irrésistibles ;

2°. — En se livrant à ses fugues, c'est-à-dire à ses actes de désertion militaire, et en s'accusant faussement de crimes, il a obéi à des entraînements morbides dont il doit être considéré comme irresponsable.

3°. — Il est absolument inapte à la vie militaire et,

secret dont j'étais heureux de connaître tous les détails, que je nourrissais de tous mes instants. Un jour, en passant devant la distillerie (lieu du crime), étant sur le trottoir devant la maison, je détournai la tête et jetai un regard dans l'établissement avec orgueil, puis je m'éloignai rapidement, emportant avec moi mon secret. » A diverses reprises G. fut tenté de se dénoncer, mais résista. Son idée fixe diminuait d'ailleurs d'intensité suivant les moments. Enfin, pris de désespoir après sa condamnation en Conseil de guerre, il n'y tint plus et s'accusa.

Nous avons tenu à joindre au rapport cette note complémentaire parce qu'elle éclaire d'un jour particulier et intéressant, dans ce cas, la genèse de l'auto-accusation. Il s'agit, on le voit, d'un événement réel qui, frappant fortement l'imagination d'un enfant, éveille en lui une idée forte laquelle, passant dans son onirisme nocturne, dans son subconscient d'hystérique, arrive par degrés à transformer un rêve, une fiction, en une conviction non entière peut-être, mais suffisante pour le pousser à une auto-dénonciation.

On remarquera que nous avions songé à ce mécanisme psychologique chez le sujet, mais que, voyant surtout en lui le dégénéré et non l'hystérique, nous avions penché pour une interprétation plus directement en rapport avec sa dégénérescence. Ce qui prouve bien que, dans l'association hystéro-dégénérative, l'hystérie peut, tout comme la dégénérescence, revendiquer sa part d'influence sur les déterminations et les actes morbides.

en raison des dangers qu'il pourrait faire courir à la société, il doit être interné dans un établissement spécial d'aliénés.

Bordeaux, le 11 janvier 1894,

E. Régis.

Conformément à ces conclusions, G... fut transféré à l'asile d'aliénés de Cadillac.

4°

Dégénérescence. Tendance impulsive constitutionnelle à la fugue, à la boisson, à l'incendie, au suicide, à l'homicide. — Service militaire : fugues et désertion. Auto-accusation de neuf incendies réellement commis. Expertise. Condamnation à 20 ans de travaux forcés par le Conseil de guerre pour certains de ces incendies. — Nouvelle instruction pour les autres devant la justice civile. Deuxième expertise. Ordonnance de non-lieu. Internement.

Il est impossible de bien comprendre la nature de Ra... et de se faire une idée exacte de sa cérébralité sans connaître en détail l'histoire de sa vie.

Nous nous bornerons pour ne pas allonger inutilement notre étude, à résumer ici les points principaux de cette histoire.

Le père de l'inculpé était un buveur qui est mort il y a trois ans d'une affection cardiaque, après une longue maladie.

Sa mère et sa sœur unique sont mortes toutes deux de tuberculose.

En ce qui le concerne, il a manifesté dès l'enfance une tendance singulière au vagabondage, à la boisson, à l'incendie, favorisée d'ailleurs par le semi-abandon dans lequel il s'est trouvé de très bonne heure, à la mort de sa mère et de sa sœur.

Sa disposition au *vagabondage,* qui a débuté à l'âge de trois ans par une fugue dans les bois, n'a fait que s'accentuer depuis. Ra... s'est échappé ou a cherché à s'échapper de partout : du domicile paternel, de l'école primaire, de chez ses patrons, de la colonie pénitentiaire agricole, enfin du régiment, indifférent aux conséquences qui en pouvaient résulter, car c'est de là que lui sont venues la plupart de ses condamnations. Il est le type du vagabond ou du trimardeur de tempérament, ne se sentant vraiment bien que sur la grande route, respirant, vivant et marchant à sa guise en pleine liberté.

Son amour de la vie errante, en dehors même des fugues innombrables qu'il a accomplies et durant lesquelles il a parcouru la France entière et certains autres pays d'Europe, se manifeste à nous par deux indices bien caractéristiques. Le premier, c'est le tatouage de sa poitrine où se lit en magnifiques majuscules l'inscription suivante : « Vive le trimardeur. Voilà le bonheur. »

Le second, c'est l'existence, dans ses maigres papiers, d'une carte de la France arrachée à un indicateur des chemins de fer, sur laquelle il a tracé un itinéraire suivi par lui lors d'une de ses fugues du régiment, ainsi que d'une feuille de papier où sont inscrites, avec la date et la mention de certaines particularités, les localités par lesquelles il a passé.

La disposition à *l'incendie* s'est également montrée de bonne heure chez Ra... Tout jeune, il aimait à jouer avec des allumettes, à enflammer du papier et un jour, vers 8 ans, il incendia la porte de l'habitation de famille, ne trouvant pas d'autre moyen, dit-il, pour y rentrer.

Cette disposition, contrairement au vagabondage, paraît s'être atténuée pendant l'adolescence ; mais dans les dernières années, elle a reparu avec une recrudescence toute particulière puisque Ra... aurait commis en peu de temps, au cours de ses pérégrinations et sur les points

les plus divers de la France, au moins neuf incendies, dont plusieurs considérables.

Quant à la tendance à la *boisson,* elle est apparue, comme les précédentes, à un âge peu ordinaire, à 11 ans. Depuis, elle a persisté, non pas d'une façon continue, mais par périodes, par à-coups.

Avec de telles tendances, Ra... ne pouvait évidemment s'adapter à aucune existence régulière et suivie. De fait, sa vie tout entière n'a été qu'une longue suite de déplacements, de changements et de frasques. C'est en vain que son père au début, le fit rapatrier plusieurs fois ; en vain qu'on l'enferma jusqu'à 20 ans dans une colonie pénitentiaire ; en vain qu'il essaya à diverses reprises, notamment dans les débuts de son séjour au régiment, de devenir stable et de bien faire ; son démon l'a toujours emporté et malgré des punitions et des condamnations sans nombre, dans la société comme à l'armée, il a continué de se livrer à des actes de plus en plus graves jusqu'au jour où déjà frappé de 20 ans de travaux forcés par le Conseil de guerre de Lyon pour désertion et incendie, il vient répondre actuellement à la justice civile des incendies commis par lui après sa radiation des cadres militaires.

Les faits que nous venons d'énumérer très succinctement devaient nécessairement éveiller, par leur étrangeté, l'idée d'une tare mentale chez Ra...

Effectivement tous ceux qui l'ont connu l'ont toujours considéré comme un déséquilibré et l'ancien directeur de la colonie pénitentiaire agricole où il fut enfermé pendant plusieurs années a écrit sur lui cette note qui semble résumer l'opinion générale à son sujet : « Je le crois déséquilibré, impossible à soumettre à une discipline quelconque, et en résumé, un fou lucide et dangereux (pièce du dossier). »

Cette opinion, déjà plausible en se basant uniquement

sur la manière d'être et les actes de la vie de Ra..., que nous avons indiqués plus haut, devient tout à fait légitime si l'on songe en outre que cet individu présente des tendances au suicide et à l'homicide, qu'il est sujet à des attaques de nerfs, à des accès de somnambulisme et que c'est lui-même qui, alors que personne ne songeait à l'incriminer, s'est accusé par lettre au Procureur de la République d'avoir commis neuf incendies.

Il y a là un ensemble de particularités tellement significatives que lorsque le juge d'instruction de Trévoux s'est trouvé en présence de la lettre d'auto-dénonciation de Ra..., il a songé aussitôt à un trouble mental et l'a fait examiner.

L'expert commis, bien qu'ayant rempli très sérieusement sa mission, ainsi qu'en témoigne son rapport médico-légal, n'était sans doute pas très familiarisé avec la psychiatrie. C'est ce qui explique que, sans discussion suffisante de l'état mental de l'inculpé, il ait pu conclure : « Que Ra... n'est pas aliéné et n'en porte aucun stigmate — que c'est un hystérique — que son inconstance, son humeur vagabonde, ses départs précipités et non motivés, son insouciance dans le recouvrement de son salaire, ses incendies multiples accomplis dans des conditions à peu près identiques, surtout chez des inconnus contre lesquels il n'articule jamais aucun grief, ne sont pas autre chose que le résultat d'impulsions particulières de nature hystérique — qu'il est responsable, mais qu'en raison de son état hystérique avéré, de ses impulsions plus ou moins vives, cette responsabilité doit être un peu atténuée. »

Ces conclusions, dans lesquelles l'expert n'a vu en Ra... qu'un simple hystérique plus ou moins impulsif, à peu près entièrement responsable de ses actes, devaient nécessairement peser sur les juges du Conseil de guerre, avec d'autant plus de raison que les chefs de Ra... le

regardaient simplement comme un soldat indiscipliné. Il ne faut donc pas être autrement surpris si le Tribunal militaire a condamné Ra..., pour sa part, à 20 ans de travaux forcés, à la dégradation militaire et à 10 ans d'interdiction de séjour.

Quoi qu'il en soit, le hasard ayant voulu que dans le nombre des incendies en série commis par Ra... du 2 août au 28 octobre 1900, les uns ressortissent, vu leur date, à la justice militaire et les autres à la justice civile, après en avoir fini avec la première il est tombé sous la juridiction de la seconde et a été réclamé par le parquet du tribunal de Ribérac où il avait à répondre du plus grave des incendies qui restaient à sa charge.

Le juge d'instruction de Ribérac a dès l'abord compris la nécessité d'un nouvel examen mental et c'est ainsi que Ra... a été transféré à la prison du Fort du Hâ, à Bordeaux, pour y être soumis à notre étude.

* * *

Le cas de Ra... présentait un tel intérêt au point de vue médico-légal, que nous avons tenu à l'observer sérieusement et longuement.

Nous ne relaterons pas ici tout le détail de nos observations, ce qui nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons simplement à en résumer les points essentiels, susceptibles de légitimer nos conclusions.

Et d'abord un mot sur les accès de somnambulisme et les attaques de nerfs de Ra...

Les accès de *somnambulisme* nous paraissent avoir existé surtout dans son enfance et dans son adolescence. Il en a eu chez lui ; il en a eu également chez un de ses patrons, à 14 ans, ce qui motiva son renvoi. On avait peur, en effet, qu'il ne lui arrivât malheur, car, il se levait fréquemment la nuit, sans se rappeler rien au

réveil et une fois même, on l'avait surpris endormi debout sur une fenêtre.

Les *attaques de nerfs* se sont également montrées chez lui de bonne heure. La première a eu lieu à 10 ans, à la suite d'un accès d'ivresse. Depuis, elles se sont reproduites à divers intervalles, le plus souvent après de grands excès, d'autres fois en dehors de toute libation, par exemple, à l'hôpital de Montélimar où elles ont été constatées par M. le médecin-major Hublé, et ici même à la prison du Fort du Hâ.

Ces attaques de nerfs ont été considérées par le Dr Hublé comme des attaques hystériques, opinion qui concorde bien avec l'existence, chez Ra..., des accès de somnambulisme précités et de certains troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Nous pensons qu'il s'agit là en effet d'attaques hystériques. Toutefois, il ne paraît pas y avoir que de *l'hystérie* chez Ra..., il semble y avoir aussi de *l'épilepsie,* soit que ses attaques de nerfs tiennent à la fois des deux névroses, soit plutôt qu'il existe chez lui des attaques séparées d'hystérie et d'épilepsie.

Ce qui nous fait penser ainsi, c'est que à plusieurs reprises, on l'a trouvé gisant dans l'eau des fossés, dans un état de perte de connaissance, d'inconscience et d'insensibilité qui appartient bien plutôt à l'épilepsie qu'à l'hystérie, même alcoolique, et que l'attaque convulsive qu'il a eue à la prison du Fort du Hâ s'est passée la nuit, durant son sommeil et qu'il ne l'a connue que par les dires de ceux qui étaient auprès de lui.

Impulsions. — La tare pathologique prédominante chez Ra..., c'est l'impulsivité. Nous avons déjà indiqué, dans le résumé de sa vie, les tendances à la fugue, à l'incendie, à la boisson, qu'il présente depuis l'enfance et qui dans les dernières années, se sont notablement accentuées. Or, ces tendances sont, à n'en pas douter,

des impulsions irrésistibles. Ra... quitte le lieu où il se trouve, quel qu'il soit et si bien qu'il y soit, brusquement, spontanément, sans réflexion, par une sorte de besoin instinctif de se déplacer, de marcher, le prenant par crises. C'est dans les mêmes conditions qu'il met le feu ou qu'il s'alcoolise, sous l'influence d'entraînements par accès qui le font agir pour ainsi dire automatiquement. C'est impulsivement enfin, qu'il est poussé à l'homicide et surtout au suicide, car il a déjà accompli plusieurs tentatives graves, dont une précipitation par la fenêtre, à la caserne, mise faussement par lui, tout d'abord, sur le compte d'un accident.

Ra... est donc avant tout un impulsif, c'est-à-dire un individu dominé par des forces impératives qui l'entraînent irrésistiblement à des actes morbides et dangereux.

Le premier médecin-expert qui l'a examiné n'a pas hésité à voir là, lui aussi, des impulsions. Mais il les a considérées comme des impulsions de nature *hystérique,* et n'atténuant *qu'un peu* la responsabilité de l'accusé. Il y a là, à notre sens, une double erreur.

Et d'abord, une impulsion, quelle que soit sa nature, n'en est pas moins une impulsion, un acte accompli en dehors de la volonté libre. Qu'elle soit due à l'hystérie, à l'alcoolisme, ou à tout autre facteur pathologique, du moment qu'elle est une impulsion, un acte non volontaire, elle échappe à la responsabilité et cela dans une mesure variant non pas avec son origine, mais avec son intensité.

D'autre part, les impulsions chez Ra... ne sont en rien des impulsions hystériques ; ce sont très nettement des impulsions de dégénéré. La précocité même de leur apparition, leur forme, leur type clinique, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

On sait que l'impulsivité, chez le dégénéré, est la

traduction d'un défaut d'équilibre constitutionnel, particulièrement d'un vice d'organisation de la volonté, qui se manifeste dès le bas âge et durant toute la vie du sujet par de l'instabilité mentale et physique et par toutes sortes de sollicitations involontaires, mais conscientes et mnésiques, qui peuvent aller depuis la simple idée obsédante d'action, ou obsession impulsive, jusqu'à l'acte instinctif absolument réflexe ou automatique, en passant par l'impulsion irrésistible intermédiaire.

Plus la tendance à l'acte l'emporte sur la résistance de la volonté, plus nécessairement l'impulsion est grave et fatale. C'est pourquoi au premier degré, dans l'obsession impulsive, le sujet résiste de toutes ses forces et quelquefois victorieusement. Au second degré, dans l'impulsion simple, il résiste peu ou pas et obéit fatalement. Au dernier degré enfin, dans l'impulsion réflexe, il n'est plus qu'un automate dirigé au gré de son aveugle entraînement.

Or il suffit d'étudier la vie de Ra..., et en particulier ses tendances morbides, pour constater qu'il s'agit là, non seulement d'impulsions de dégénéré, mais encore d'impulsions appartenant surtout au second degré, à celles dans lesquelles l'obéissance à la propension motrice ne s'accompagne déjà plus de résistance et se fait passivement. Que l'inculpé accomplisse une fugue, qu'il se mette à boire, qu'il allume un incendie ou fasse une tentative de suicide, il exécute son acte impulsif spontanément, sans que sa volonté intervienne pour l'empêcher ou même pour essayer d'y résister.

Cet état de pure passivité vis-à-vis de son impulsion est des plus évidents en ce qui concerne les incendies. On sait comment Ra... les accomplit : au cours de ses pérégrinations vagabondes, il couche çà et là, au hasard, dans une grange. Au réveil, lorsqu'il va repar-

tir, tout à coup l'idée lui vient de mettre le feu, le plus souvent à l'endroit même où il a couché. Il ne sait comment ni pourquoi surgit cette idée, car elle n'a aucune raison d'être ; néanmoins sans la repousser, sans même la discuter, il la subit et le voilà qui enflamme une allumette, la jette dans une meule de foin ou de paille et s'en va tranquillement, sans se retourner pour savoir quel a été le résultat de son acte.

C'est là, à un degré des plus marqués, l'impulsion du dégénéré.

Ainsi qu'il arrive parfois chez les êtres même les plus dépourvus de volonté, lorsque la tendance impulsive est d'une nature particulièrement grave et odieuse, elle peut éveiller certaines résistances, provoquer certaines révoltes de la part du sujet. C'est ce qui est arrivé à Ra... qui un jour, notamment, se sentant pris de l'irrésistible idée de pousser dans une rivière et de noyer un compagnon de route, rencontré par hasard et endormi là, ne trouva d'autre moyen, pour échapper à cette tentation le dominant malgré lui, que de s'enfuir, en déposant à côté de l'individu, auquel il ne voulait aucun mal, la moitié du petit pécule qu'il possédait. Ici, il y a eu, non pas lutte et victoire de la volonté, mais tout au moins soustraction par la fuite à une impulsion reconnue inéluctable.

Il ne peut donc exister le moindre doute sur l'impulsivité extrême de Ra... et sur son caractère de dégénérescence. Ra... d'ailleurs est un dégénéré avéré. Il l'est psychiquement par son impulsivité, comme par ses autres lacunes et déviations intellectuelles, morales et affectives. Il l'est physiquement, par ses vices de conformation, en particulier par l'asymétrie de sa face et le prognathisme de sa mâchoire supérieure. Il l'est enfin héréditairement, par l'influence de l'alcoolisme paternel.

Auto-accusation. — Il existe encore dans les actes de

Ra... un fait qui, au point de vue médico-légal, offre un intérêt particulier et dont il convient ici par conséquent de dire un mot. Ce fait, c'est de s'être accusé lui-même, alors que rien ne l'y forçait et qu'il n'était même pas soupçonné, des divers incendies qu'il a commis.

A priori, s'accuser ainsi de crimes ou délits, constitue le plus souvent une manifestation pathologique, ce que l'on appelle médicalement l'*auto-accusation ou l'auto-dénonciation* délirante. Aussi la première pensée du juge d'instruction de Trévoux, en recevant la lettre de Ra..., a-t-elle été, comme nous l'avons vu, qu'il s'agissait d'un aliéné.

D'habitude, l'auto-accusation morbide consiste à s'accuser de crimes inexistants et imaginaires, ou bien de crimes réels mais qu'on n'a pas commis. Elle peut cependant consister à s'accuser, en se chargeant, de crimes réellement commis soit pour aller au-devant du châtiment, soit pour se faire mettre hors d'état de nuire à nouveau, soit pour se glorifier par aberration vaniteuse de ses forfaits, soit pour tout autre motif.

Il suffit de lire la lettre dans laquelle Ra.., se dénonce pour comprendre qu'elle émane d'un malade. Voici cette lettre que nous reproduisons en raison de son importance.

Montélimar, 13 mars 1901.

« Monsieur le Procureur,

« Ennuyé par toutes sortes de mauvaises idées, je ne peux m'empêcher pour le coup de garder pour moi les méfaits que j'ai causés. Est-ce le remords qui me fait agir ainsi ? Je n'en sais rien, mais je ne suis pas tranquille. Peut-être suis-je la cause de la mort de certaines personnes, ou ai-je fait accuser ou soupçonner, peut-être condamner pour des faits dont moi seul j'en suis l'au-

teur. C'est-à-dire que pendant que j'ai déserté, l'esprit du mal m'a suivi, acharné comme un oiseau de proie, enfin sous l'empire d'une hallucination je prenais une allumette pour enflammer ce qui se trouvait devant moi : soit meules de paille, soit maison d'habitation ; dont principalement par mon souvenir aux endroits suivants : Villars, canton de l'Ain, du 4 au 5 octobre 1900, à Bourg, dans le faubourg, enfin dans trois endroits différents, dans la même contrée, d'un jour à l'autre. Puis à Saint-Denis, petit village près de Sens (Yonne). Puis sur Saint-Quentin, des meules de fourrage. Dans un faubourg de Cambrai, à une maison construite en chaume. Ensuite, entre Issoudun et Châteauroux, à un château tout près d'un passage à niveau, puis sur la route nationale à un chaume environ de ces deux villes. Puis à la colonie de Jommelière dans une grange, dans la Dordogne. Puis à la Roche-Chalais, canton de la Dordogne, dans une maison d'habitation. Puis entre Thouars et Saumur, à une ferme. Puis toutes sortes de méfaits, vols de lapins et de volailles et de vêtements. Tout cela du 2 août 1900 au 23 octobre 1900, jour que je fus arrêté.

« Et pressé sous l'impression de recommencer, qu'il vaut mieux me ligotter sans faire de nouvelles victimes. Je sais bien qu'on va me mettre en prison en vous disant : ça, c'est un coup de biribi. Je m'attends à toutes sortes de tortures, tant de l'âme que de la moralité, avant celles du corps ; mais qu'importe s'il y a des innocents condamnés à ma place, il ne le faut pas. Vous ferez de moi ce que vous voudrez, mais, si vous voulez m'avoir, ne tardez pas trop, car l'oiseau peut s'envoler à temps.

« Toute l'assurance du respect qui vous est dû, quoique de la part d'un être dépravé.

« Ra..., André.

« P.-S. De cette façon, j'ai fauté, je veux en être puni ; une fois la punition faite, je pourrai m'endormir tranquille, vous pourrez faire de vif, ce serait presque le meilleur. C'est tout ce que je peux vous dire de plus : en attendant, je dirai adieu à toutes les joies et les plaisirs du monde ; mais pas à l'horreur, aux sortes de souffrances, ainsi qu'à toutes les infamies.

« Un dépossédé !
« Ra..., André, au 52e, 1er bataillon, 3e compagnie. »

Et juste trois mois après, le 13 juin, Ra... écrit de nouveau au magistrat la lettre suivante qui précise et complète la précédente.

« Trévoux, le 13 juin 1901.

« Monsieur,

« Dernièrement, j'ai reçu la visite d'un médecin légiste en deux fois pour m'examiner. Dans quel but, sans doute pour constater si j'étais doué de toutes mes facultés mentales. Dans ce cas ou dans un autre, ce serait pour atténuer la gravité de ma situation, ou pour l'aggraver davantage. De là j'ai pensé que cela devait venir de ce que je vous ai fait part, mais qu'il en soit ainsi ou autrement, il ne faudrait pas croire que je cherche à me disculper, au contraire ; je trouve que je suis entièrement coupable et je dis que la peine qui me sera prononcée ne sera jamais assez forte ; du reste, j'ai bien l'intention que si toutefois la Cour d'assises se montrait indulgente, de me rendre justice. Me laisser vivre pour me donner la faculté de me livrer à de nouveaux forfaits, ce n'est pas la peine. Si je parle ainsi, c'est que parfois je me sens poussé à de mauvaises choses et quand ces idées noires seront trop fortes, j'agirai infailliblement. Du reste, je ne comprends pas que

l'on m'épargne, moi qui ne crains pas de retrancher la vie à d'autres.

« Maintenant je serai désireux de savoir si je passerai aux premières assises et si tous mes faits passeront ensemble.

« Dans un moment de raisonnement, veuillez agréer, Monsieur le Juge d'Instruction, tout le respect qui vous est dû. »

L'état mental de Ra... et les caractères de son auto-accusation ressortent de ces lettres avec la plus entière évidence. C'est l'auto-accusation d'un dégénéré qui, prenant un instant conscience de sa situation et des faits, s'accuse de ses actes criminels, réclame un châtiment, le plus terrible possible et ayant peur de lui-même et de ses impulsions, demande instamment à être mis désormais hors d'état de nuire.

On sait que tous les incendies dont s'est accusé Ra... ont été reconnus exacts et qu'il les a relatés dans ses interrogatoires avec une fidélité et une exactitude complètes, particularité qui non seulement montre son entière bonne foi, mais prouve encore qu'il garde de ses actes, comme de tous les endroits par où il a passé, le souvenir le plus net et le plus vif, ainsi que cela a lieu précisément dans toutes les impulsions dégénératives.

Ici, nous avons un fait nouveau et peut être important à signaler.

Dans un récit complémentaire de sa vie que Ra... nous a écrit, sur notre demande, après avoir rappelé les divers incendies commis par lui, il ajoute : « puis, en 1899. Là c'est un mystère pour moi que je n'ai jamais pu définir. Je me serai couché près de Luzarches dans une meule de paille, d'où les gendarmes en ronde de nuit m'auraient demandé mes papiers, et leur aurais donné une mise en liberté du parquet de Pontoise et que le

lendemain en me réveillant j'avais sur moi un revolver chargé, un béret et une ceinture qui n'était pas à moi. Tout surpris, je me levai et partais vers Chantilly lorsque chemin faisant, je vis un homme étendu sous un arbre. Je m'en approchai et constatai qu'il était mort. Ma casquette, qui était disparue, était près de lui. Je pensai au revolver et me demandai si ce n'était pas moi qui l'aurais tué. Je continuai mon chemin, j'avertis quelques personnes de la Morlaye, où j'ai su que l'homme mort était du pays et qu'on croyait à un suicide. J'y pense constamment et ne me semble pas avoir rêvé ».

A priori, ce récit ressemble à un événement purement imaginaire, tel qu'en produit le délire onirique d'intoxication, dont le délire alcoolique est le type ordinaire et dans lequel un rêve est pris pour la réalité. Ra... lui-même ne sait à quoi s'en tenir à cet égard et, contrairement à la certitude qu'il garde de ses impulsions accomplies en pleine veille et conscience, bien que sans volonté, ici il doute et se borne à dire qu'il croit n'avoir pas rêvé.

Pas plus que lui, nous ne pouvons dans ces conditions rien affirmer à cet égard et nous pensons que des recherches et une enquête spéciales sont seules capables de démontrer si le fait dont parle Ra... n'a eu lieu que dans son imagination délirante, ou bien s'il est réel et, dans ce cas, s'il y a ou non participé.

*
* *

Il nous paraît bien difficile, après l'exposé même incomplet que nous venons de faire, car nous avons dû, pour éviter d'être trop longs, passer sur bien des points accessoires, de voir autre chose dans Ra... qu'un malade gravement atteint et ne possédant pas la liberté de ses actes.

Nous n'hésitons donc pas à conclure ainsi qu'il suit :

1° Ra... est un dégénéré, taré constitutionnellement, sujet à des accidents hystériques et somnambuliques, peut-être aussi épileptiques ; mais par-dessus tout entraîné, sans possibilité de lutte et de résistance, à des impulsions de toutes sortes, particulièrement à la fugue, à la boisson, à l'incendie, au suicide, à l'homicide ;

2° Il ne peut être considéré comme responsable des actes ainsi accomplis malgré lui, contre sa volonté ;

3° Ses impulsions n'étant pas le fait d'un trouble accidentel et passager des facultés, mais la conséquence même de sa dégénérescence, c'est-à-dire d'un état psychopathique permanent et indélébile, elles ne peuvent que persister et se reproduire ;

4° Ra... est donc un dégénéré impulsif qui sera dangereux dans l'avenir, comme il l'a été dans le passé, comme il l'est dans le présent.

Il doit donc être interné dans un asile d'aliénés.

Du 8 mars 1902.

LANDE. PITRES. RÉGIS.

N. B. — Conformément à ces conclusions, Ra... a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu et interné dans une asile d'aliénés. Lors de son passage aux cellules d'observation de l'hôpital Saint-André, il eut des crises nocturnes, manifestement épileptiques.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre VII

Marche. — Durée. — Pronostic. — Terminaison.

Chapitre VIII

Nature des obsessions. Leur place en nosographie.

Chapitre IX

Diagnostic.

Chapitre X

Traitement.

DEUXIÈME PARTIE

Les Impulsions.

Chapitre premier

Chapitre II

Chapitre III



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

